VOL. 25 N.º 1

ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

MARÇO DE 1950

PUBLICAÇÃO TRIMESTRAL DA
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

RIO DE JANEIRO BRASIL

ESCABIOSE E OUTRAS PARASITOSES CUTANEAS

ECZESAN

ECZEMAS AGUDOS E SUB-AGUDOS PRURIGOS PRURIDOS

KERATOLIT

ACNE, ECZEMAS SEBORRÉICOS, FOLICULITES, PITIRIASIS VERSICOLOR, ERITRASMA

EPICUTAN

DERMITES, ERITEMAS, QUEIMADURAS DE SOL E TODOS OS PROCESSOS EXSUDATIVOS DA PELE

LEUCODERMA

RACHADURAS DOS SEIOS, ERUPÇÕES DA PELE E DERMATOSES DOS BEBÊS

ESTROBIOL

ACNE - HYPERTRICOSE PRURIDO VULVAR HYPOPLASIA MAMÁRIA

PSOROSAN

PSORIASIS, ECZEMAS SÊCOS E CRÔNICOS, LIQUENIFICAÇÕES

KATELKOS

ULCERAS VARICOSAS, ULCERAS TÓRPIDAS, ESCARAS DE DECÚBITO

ULTRACUTAN

PIODERMITES, IMPETIGENS, ECZEMAS INFETADOS E FERIDAS SUPURADAS

LABORATORIOS BIOSINTETICA S. A.

SÃO PAULO - Praça Olavo Bilac, 105 - Fone 5-5621

NOVA TERAPÊUTICA
DAS
DERMATOMICOSES
• FUNGICIDA FISIOLÓGICO
• AÇÃO EFICAZ, NÃO IRRITANTE E RÁPIDA
• GRANDE PODER DE PENETRAÇÃO
• AÇÃO BACTERICIDA PARA DIFERENTES INFECÇÕES ASSOCIATIVAS
APRESENTAÇÃO
LÍQUIDO
PÓ
POMADA
ANDRIODERMOL
LÍQUIDO:
POMADA:
PÓ:

ANDRIODERMOL

FUNGISTÁTICO E FUNGICIDA PARA APLICAÇÃO TÓPICA

ANDRIODERMOL é o primeiro produto apresentado à classe médica brasileira, tendo como base terapêutica os ácidos undecilênico e propiônico, substâncias fungistáticas para a maioria dos parasitos responsáveis pelas dermatomicoses.

Os resultados obtidos com ANDRIODERMOL são seguros e mais favoráveis do que aqueles logrados com tôdas as demais preparações até agora conhecidas (1, 2 e 3)

O hexilresorcinol reforça a ação fungistática dos demais componentes (4) de ANDRIODERMOL ao mesmo tempo que atua como agente bactericida nas infecções piogênicas secundárias.

As formas líquida e de pomada contêm veículos dotados de baixa tensão superficial, que permitem rápida penetração nas reintrâncias e fissuras da pele, agindo profundamente no interior das partes mais intensamente afetadas.

INDICAÇÕES

- No tratamento e profilaxia das dermatomicoses agudas ou crônicas superficiais da pele, principalmente do "pé de atleta" ou "frieira".
- Nas infecções micóticas da região axilar, nas otomicoses e nas moniliases.

ANDRIODERMOL pode ser aplicado com segurança durante muito tempo como profilático e preventivo das rescidivas das infecções micóticas superficiais da pele.

•

BIBLIOGRAFIA

1) SULZBERGER, M. B. & KANOF, A. — Undecilenic and propionic acids in the prevention and treatment of dermatophytosis. — *Arch. Dermat. & Syph.* 55.391.1947.

2) KEENEY, E. L., AJELLO, L., BROYLES, E. N. & LANKFORD, E. — Propionate and undecylenate ointments in the treatment of "tinea pedis" and a "in vitro" comparison of their fungistatic and antibacterial effects with other ointments, *Bull. Johns Hopkins Hosp.* 73.479.1943.

3) KEENEY, E. L., & BROYLES, E. N. — Sodium propionate in the treatment of superficial fungous infections. — *Bull. Johns Hopkins Hosp.* 73.479.1943.

4) LEÃO, A. T. & EICHBAUM, F. W. — Action fungistatique et fungicide de l'hexilresórcine. — *Rev. Brasil. Biol.* 6.281.1946.

LABORATÓRIOS ANDRÓMACO

Rua Independência, 706 — São Paulo

ARTGRAF — 4 4473

Calcibronat
Calcibronat

Anais Brasileiros de Dermatologia e Sifilografia

VOL. 25 — MARÇO DE 1950 — N.º 1

Relações entre a bouba e a pinta

A. Padilha Gonçalves

A bouba e a pinta, conquanto sejam duas entidades mórbidas perfeitamente separadas e bem individualizadas, com caracteres diferenciais portanto nítidos, exibem, porém, certas semelhanças e alguns pontos de contato, como aliás soe acontecer com as treponematoses de um modo geral.

As semelhanças existentes entre as treponematoses são de fato de tal modo que têm levado certos pesquisadores a crer até hoje na identidade da sífilis, da bouba, da pinta, do bejel, até mesmo da espiroquetose venérea do coelho, unindo tudo sob uma única designação — treponematose — e atribuindo as variações existentes entre elas como decorrentes do meio ambiente e do hospedeiro e não a propriedades fisiológicas específicas e constantes do próprio treponema. Entre os defensores dessas idéias alinham-se em primeiro plano Butler (1) e Hudson (2), aquêle encarando o assunto mais em relação à unicidade da sífilis, da bouba e do bejel, e Hudson, entrando na discussão com sua grande experiência sôbre o bejel, inclui também a pinta.

Butler (1) diz que a bouba e o bejel são os tipos "bíblicos" da sífilis quando não eram usados ainda específicos para o tratamento: quando uma população é tratada, priva-se dos benefícios da imunidade que se desenvolve sem o tratamento, surgindo daí lesões viscerais mais graves e modificando-se o quadro clínico. Diz ainda que, sendo o bejel e a bouba incidentes em populações rurais com hábitos higiênicos inferiores, têm seus caracteres morfológicos modificados pela infecção secundária que condiciona as ulcerações e a formação de crostas melicéricas: seriam um tipo de sífilis infectada secundàriamente. Assim, dois fatores primordiais — a ausência de tratamento

---

Trabalho apresentado na VI Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros (set., 1949, Recife).

Assistente da cadeira de Clínica Dermatológica e Sifilográfica da Escola de Medicina e Cirurgia (Prof. Ramos e Silva).

e, por consequência, do desenvolvimento de maior imunidade, e a infecção secundária — transformariam a sífilis venérea das populações civilizadas na bouba e no bejel das raças e povos sem civilização ou apenas parcialmente civilizados, que por muito tempo não souberam o que fôsse tratamento e onde as condições favorecem a infecção secundária.

No que se refere à infecção secundária, condicionando as ulcerações, erosões e formação de crostas, da bouba e do bejel, modificando assim o aspeto da sífilis, para usar a terminologia de Butler, traz a pinta um argumento importante contrário à teoria unicista, pois sendo também uma doença rural e prevalente em populações de baixa higiene, da mesma forma que a bouba e o bejel, nela são inexistentes aquelas manifestações que Butler incrimina à infecção secundária.

Hudson (2), outro unicista, indica como espécie única o "Treponema pallidum", do qual o "Treponema pertenue" e o "Treponema carateum" são sinônimos e apenas variedades determinadas pelas influências epidemiológicas. Essas variações, originando as treponematoses venéreas e não venéreas, perduram enquanto não se modificam as condições ambientes; porém, mudando estas, dá-se a evolução gradativa de uma forma de doença para outra. As variedades não seriam, dêste modo, entidades estáticas; seriam passíveis de se modificar com a alteração da ambiência e consequentes mudanças dentro da mesma espécie de Treponema.

Outros autores, não aceitando a teoria unicista no sentido de possíveis variações de uma doença para outra dentro do período histórico, mudanças, que para os unicistas levariam longos anos ou mesmo séculos para se processar, acreditam, porém, na origem única das treponematoses em períodos pré-históricos. Esta idéia, já emitida anteriormente, referindo-se à bouba e à sífilis (3), tem sido estendida à pinta e ao bejel, por Ramos e Silva (4), que há muito, em discussões mantidas com seus assistentes, tem sustentado êste seu ponto de vista, que foi adotado e defendido por Peryassú, em tese para concorrer à livre-docência da Cadeira de Higiene (Fac. Med. da Univ. do Brasil) e publicada parcialmente em março de 1949 (5). Mais tarde, ao escrever sôbre a pinta, Ramos e Silva publicou êste conceito (6) de que um Treponema original em épocas pré-históricas tivesse dado lugar, por mutuação e passagens sucessivas no homem ou em reservatórios animais, às espécies atuais — "T. Pallidum", "T. pertenue" e "T. carateum". Nery Guimarães (7) pensa de modo semelhante.

Esta exposição mostra que, por serem grandes as semelhanças entre as treponematoses, suscitam controvérsia a respeito de sua diversidade, levando outros a crer na origem única das atuais espécies estáveis dos treponemas causadores. De qualquer forma, as treponematoses constituem um grupo de doenças que mantêm, em

certos aspetos, estreitas ligações umas com outras, a par de diferenças suficientes para tornar de cada uma entidade mórbida bem definida originada por uma espécie própria de Treponema.

A pinta e a bouba, como componentes do grupo das treponematoses, apresentam, portanto, entre si, relações de semelhança e certos caracteres peculiares diferenciais. Não viso neste trabalho enumerar e discutir os caracteres das duas doenças um por um, o que já tem sido feito detalhadamente por outros autores (8, 9, 10), mas sim focalizar certos pontos, que julgo de maior interêsse, sobretudo para o estudo destas duas entidades, no Brasil.

Os treponemas produtores da bouba e da pinta, respectivamente o "Treponema pertenue" e o "Treponema carateum", são morfològicamente idênticos, quer quando examinados vivos ao campo escuro, quer em preparados corados ou impregnados pela prata.. Nos tecidos têm ambos como localização predileta a epiderme. Biològicamente, porém, comportam-se de forma diferente: no homem e em animais de experiência, originam quadros mórbidos diferentes. O "T. pertenue" é inoculável no macaco e no coelho. Neste último animal, inoculado por via testicular, produz uma periorquite granulosa característica (11-12). Quanto ao "T. carateum", só três trabalhos referem-se a inoculações positivas em animais de laboratório: Curbelo, Palomino, Conde e Garzon (13), que obtiveram, num só coelho, queratite no ôlho inoculado; Leon Blanco e Oteiza (14), que, por inoculação intradérmica no escroto de 4 coelhos, observaram, num, o aparecimento de uma pápula erosiva e, recentemente, Oteiza (15), que em 50 tentativas, relata ter conseguido, por inoculação intradérmica do escroto, quatro lesões pápulo-ulceradas infiltradas, que curavam espontâneamente, deixando como resíduo um nódulo fibroso, que depois desapareceu: as inoculações de Oteiza na córnea, na câmara anterior do ôlho e no testículo, foram negativas. Êste estudo extenso de Oteiza traz mais uma contribuição para a diferenciação da pinta com a bouba, pois esta apresenta um percentual muito elevado de inoculações positivas no coelho, sobretudo usando a via testicular, processo pelo qual não se conseguiu, até hoje, inocular, com sucesso, a pinta, no coelho. Briceño Rossi e Iriarte (16) não conseguiram infectar macacos e coelhos com "T. carateum" e eu próprio, em quatro coelhos, não consegui lesões na córnea, no escroto e no testículo (17).

As reações sorológicas sanguíneas (Wassermann, Kline, Kahn, etc....) são igualmente positivas na bouba e na pinta. Nesta, porém, surgem um pouco mais tarde que na bouba.

Ambas são doenças de predominância rural, atingindo as classes sociais de nível mais baixo, nas quais, por outro lado, em geral as condições de higiene e de promiscuidade são peores. A infecção se faz por contágio direto, com certeza, na bouba e, ao que tudo indica, também na pinta, desempenhando, ao que parece, outras formas de contágio, como, por exemplo, o indireto, inclusive por meio de ve-

tores, um papel de menor importância nas duas doenças. Por estas razões mesmo, as lesões iniciais da bouba e da pinta (18) são mais frequentes nas crianças e nos jovens, localizando-se de preferência nas partes descobertas e mais expostas a traumatismos e contatos diversos, sobretudo nos membros inferiores. Briceño Rossi (19) observou, na Venezuela, que as lesões de sarna com sua abundância de escoriações, constituindo portas de entrada, podem facilitar o contágio tanto da bouba como da pinta.

Nem a pinta nem a bouba são transmitidas no período de vida intra-uteriana; por isso mesmo, não são conhecidos casos congênitos dessas infecções.

Ambas produzem principalmente lesões cutâneas, determinando ainda a bouba lesões ósseas e articulares, que são de todo inexistentes na pinta. Têm sido referidas localizações viscerais na bouba e na pinta, representadas, sobretudo, por alterações aórticas e do líquor. As provas a favor destas lesões internas são ainda pouco convincentes, continuando o problema aberto à discussão. León Blanco (20), Herregon (21) e Latapi (22) põem em dúvida a existência da aortite na pinta. Em 7 casos comprovados de pinta, por mim observados no Rio de Janeiro, o estudo radiológico, realizado em 6 pacientes, revelou alterações aórticas em 5 e o exame do líquor, feito em 4, mostrou-se normal em 3, no outro sendo a reação de Wassermann positiva. No Brasil, Silva Araújo (23) e Jorge Lobo (24) não encontraram na bouba alterações do líquor, enquanto Waldemir Miranda (25) refere pequenas modificações do líquor indicativas de processo meningítico ou meningovascular discreto. Sem maior argumentação é possível concluir que, se de fato a bouba e a pinta produzirem lesões cárdio-vasculares ou nervosas, só o fazem excepcionalmente e tal comprometimento visceral é via de regra de pouca gravidade e nunca comparável ao que a sífilis origina.

A bouba e a pinta são causas do aparecimento de nodosidades juxta-articulares, havendo entre nós um caso comprovado de pinta, observado por Ramos e Silva (6), portador dessa manifestação. Só na bouba, porém, têm sido descritas tendinites e tenosinovites.

Ao ter início a fase de generalização da bouba, apresentam-se fenômenos infecciosos gerais, como febre moderada, cefaléia, dores ósseas e musculares, que não são observadas na pinta.

Do ponto de vista das lesões cutâneas, há gravadas diferenças entre as duas treponematoses, que se acentuam principalmente pela tendência que tem a bouba de determinar lesões vegetantes, papilomatosas, erosivas e ulcerosas, por vêzes muito destrutivas e deformantes, como certas manifestações tardias, entre as quais a rinofaringite mutilante ou gangosa, o que jamais sucede com a pinta, na qual nunca são encontradas tais lesões. Em especial, deve-se chamar a atenção para os framboezomas vegetantes, papilomatosos, erosivos

e ulcerosos, recobertos por crostas amarelo-esverdeadas, que na prática são quase patognomônicos da bouba e que não existem na pinta.

De um modo geral, há diferenças morfológicas fundamentais entre as lesões cutâneas da bouba e da pinta. Entretanto, algumas framboesides são semelhantes a certos tipos de pintides, existindo manifestações pápulo-escamosas e liquenóides da bouba indistinguíveis das da pinta. No atlas de Smith (26), vê-se a fotografia de lesões boubáticas papulosas perifoliculares iguais às que constatei num dos meus casos de pinta experimental (17). Schöbl, Sellards e Lacy (27) relatam um caso interessante em que o "T. pertenue", inoculado num voluntário, produziu no ponto inoculado um nódulo que se transformou numa área acrômica com bordo róseo, sem descamação, desaparecendo a seguir: depois surgiu uma erupção de elementos liquenóides, coexistindo nas plantas dos pés pápulas descamativas. Êste quadro se assemelha muito ao da pinta recente, apesar da lesão inicial desta, ao contrário da bouba, ser sempre pápulo-escamosa, constituindo esta observação uma prova de que por vêzes as duas doenças podem se apresentar sob o mesmo aspeto.

A pinta, como a bouba, é dividida esquemàticamente em duas fases: a fase recente, compreendendo a lesão inicial e as lesões de generalização, denominadas "pintides", por León Blanco (28), na qual predominam as manifestações papulosas e descamativas que podem se prestar a confusões com certas framboesides, e a fase tardia, onde predominam as manifestações discrômicas, e, como na bouba, as queratodérmicas. A fase tardia da pinta sempre foi a mais conhecida, por despertarem suas manifestações discrômicas maior atenção, por sua evolução lenta e extremamente longa, e ainda mais por terem sido sòmente há pouco tempo reconhecidas as lesões da fase recente. Em geral, é na fase tardia, com lesões discrômicas, que o médico toma contato com os doentes, sobretudo fora dos focos endêmicos, mesmo porque as outras manifestações recentes, por não possuirem caracteres mais definidos, podem passar desapercebidas aos clínicos menos prevenidos ou podem ser tomadas como sífilis ou até como bouba, já pela sua morfologia, já pela própria positividade das reações sorológicas sanguíneas. Na fase tardia, a pinta assume duas formas: a forma circunscrita com poucas manifestações em geral localizadas nas extremidades dos membros, e a forma generalizada, com difusão grande de manchas, que variam de coloração de acôrdo com a distribuição do pigmento, apresentando os clássicos matizes azul, branco, vermelho, cinza, quase sempre combinados entre si para dar a tão característica policromia da pinta (21). A forma generalizada é encontrada nos focos de elevado índice endêmico, enquanto que a circunscrita surge de preferência nos locais onde a pinta é escassa como é o caso de Cuba e do Rio de Janeiro, onde pelo menos eu só tenho observado a forma circunscrita.

Nas lesões de pinta, enquanto ativas, são encontrados treponemas em relativa abundância quando pesquisados adequadamente, desde a fase inicial até a fase tardia, com dezenas de anos de evolução. Isto constitui outra característica da pinta, de vez que tal não sucede com a bouba e com a sífilis. Em sifílides terciárias tenho feito algumas pesquisas de treponemas, infrutíferas e León Blanco forneceu-me igual informação (29). Na bouba, Tostes e eu pesquisamos treponemas apenas num caso de queratodermia tardia, com resultado negativo. Seria interessante a investigação sistemática dos casos de bouba passíveis de confusão com a pinta (framboesides — discromias) a fim de se estabelecer se de fato o achado do treponema com relativa facilidade é peculiar à pinta. Isto só poderia ser levado a cabo em locais onde a bouba é frequente. Lembro ainda que numa investigação dessa ordem, por razões óbvias deve ser empregada a mesma técnica, de comprovada eficiência, que tem servido de base ao estudo de pinta, isto é o exame em campo escuro da linfa, colhida em pontos presumivelmente ativos das lesões, por meio de pinçamento compressivo da pele, obtido com o auxílio de uma pinça de forcipressão. Uma vez o pesquisador habituado à técnica, verá que ela é simples e de grande rendimento. Sucede, porém, que nem sempre as primeiras tentativas são coroadas de êxito, como aconteceu, a princípio, comigo próprio, quando comecei a pesquisar, em pintosos treponemas, os quais sòmente foram encontrados graças à insistência com que efetuei os exames, procurando aperfeiçoar-me sempre no processo de colheita da linfa (30).

Considero a pesquisa do treponema nas lesões cutâneas de tanta importância na averiguação da situação real da pinta no Brasil fora dos focos de grande endemia, que, em reunião da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, cheguei a dizer que só deve ser feito o diagnóstico de pinta quando a pesquisa de treponema em campo escuro for positiva (31). Êste conceito só será modificado se possuir provas de que esta pesquisa tem elevado percentual de positividade noutras treponematoses e em especial na bouba. Com tal afirmação, não desejo, por outro lado, indicar a pesquisa positiva de treponemas nas lesões cutâneas como o critério único e infalível do diagnóstico da pinta, pois não acho impossível que, excepcionalmente, em raras eventualidades o treponema possa ser encontrado em lesões tardias da sífilis e da bouba, com o auxílio da técnica da pinça de forcipressão.

Nessas condições, parece que o único critério científico absoluto para se ter com segurança a certeza do diagnóstico de pinta, de acôrdo aliás, com León Blanco e Oteiza (14) seria a reprodução experimental da pinta no homem, uma vez que até o momento presente não se conhece animal de laboratório adequado ao estudo experimental. E' claro que não se pode recorrer sistemàticamente à inoculação no

homem, ficando êste meio reservado a esclarecer dúvidas científicas maiores, como seja saber-se se em determinada localidade existe de fato a pinta ou se as manifestações atribuídas a ela são na realidade originadas por outras treponematoses como a bouba e também a sífilis, o que se aplica sobretudo às zonas onde não há grande endemia da pinta ou onde esta coexiste com a bouba e a sífilis.

Tomo, por exemplo, o Brasil para justificar minha argumentação. Sabe-se que a pinta existe no Brasil em foco de alta incidência endêmica no Estado do Amazonas. Fora dêsse foco têm sido relatados casos esparsos e raros, comprovados pela presença do treponema, no Rio de Janeiro (30 e 6) na Bahia (32), em Minas (33), além de outros sem pesquisa de treponema, como o que Jorge Lobo (34) observou em Pernambuco antes de ser conhecida a demonstração da presença de treponemas na linfa dos casos de pinta, realizada por Saenz, Grau Triana e Armenteros (35), em agôsto de 1938. Todos êsses casos pertencentes em sua maioria à forma circunscrita da fase tardia com predomínio de lesões discrômicas, observados fora do foco endêmico, poderiam não ser de pinta mas sim de sífilis ou de bouba. Nery Guimarães (7) põe mesmo em dúvida a etiologia dêsses casos, tendendo a crer que sejam de origem boubática. Esta dúvida ficou perfeitamente esclarecida pela inoculação no homem e reprodução da pinta experimental partindo dêsses pacientes (17), podendo-se assim afirmar categòricamente que de fato existe a pinta no Brasil fora do Amazonas, que os casos como tal diagnosticados no Rio de Janeiro não são de bouba ou sífilis, mas sim de pinta, e ainda mais, que a doença experimental por mim observada em mais de uma oportunidade foi igual a que tem sido obtida por outros autores inoculando a pinta do México e a de Cuba (36, 37, 38, 39). Convém acrescentar que Nery Guimarães, ao enunciar a sua dúvida, não conhecia ainda por completo os meus trabalhos experimentais, que só posteriormente foram comunicados, mas que tinham sido já em grande parte revelados a León Blanco e Oteiza, em fins de 1946, quando estiveram aqui no Rio em visita e que são referidos de passagem em trabalhos de León Blanco (40) e de Ramos e Silva (6). Como complemento para a elucidação do ponto discutido da diferenciação com a bouba, tenho ainda a informar que dos sete casos de pinta comprovada, por mim observados no Rio de Janeiro, três são autóctones, tendo com certeza adquirido a pinta nesta mesma cidade (41), e que todos negaram antecedentes boubáticos, embora só possam ser consideradas seguras neste particular as informações de quatro. Dos referidos trabalhos experimentais, por mim realizados com a pinta, é interessante destacar ainda em apôio de sua identificação e da diferenciação com a bouba, o seguinte: foi reproduzida a pinta experimental típica, inoculando linfa de lesões tardias discrômicas de dois casos diferentes (um dêles era autóctone); com a linfa de pintides experimentais, inoculada em boubáticos, foram obtidas também lesões características de pinta (42), num dêles evoluindo até a fase de generalização com

o aparecimento de pintides (43); e finalmente a linfa das lesões de pinta experimental de um boubático, inoculada num voluntário, produziu lesão inicial de pinta.

Com êsses dados não poderá mais haver hesitação quanto à existência da pinta no Rio de Janeiro. Essa questão foi indubitàvelmente levantada pelas lesões discrômicas, especialmente das extremidades, quase sempre com queratodermia que têm sido descritas tanto na pinta como na bouba, tornando-se assim imperioso discutir êste tema.

Pretendo deixar de lado outros tipos de discromia e acromia, inclusive as que são residuais e consequentes a lesões ulcerosas, limitando-me a encarar o assunto no que concerne exclusivamente às lesões discrômicas das extermidades acompanhadas, na maioria das vêzes, de queratodermia, quase característica da pinta. Têm sido elas também atribuídas à bouba, conquanto surjam nesta doença como lesões raras e achados esporádicos, de vez que poucos dos autores que se têm acupado com a bouba fazem menção a elas. Gutierrez (44) descreve, nas Filipinas, lesões dêsse tipo, atribuindo-as à bouba; a descrição e as fotografias dêsse autor são indiferenciáveis de iguais lesões pintosas. Cordes (45) e Wilson e Mathis (46) relatam, no Haiti, lesões dessas, atribuídas à bouba, sendo que estes últimos autores referem a concomitância com lesões ulcerosas e osteíte. Bauer e Allen (47), nas Ilhas Marshall, Pardo Castello (48), em Cuba, Hackett (49), em Uganda, e Smith (50), na Nigéria, nestes três últimos com ilustrações fotográficas, citam e descrevem essa forma de manifestação na bouba. No Brasil, segundo sei, o único autor que descreve discromias com queratodermias das extremidades, como de origem boubática, é Nery Guimarães (51). E' curioso observar que Hudson (52) e Ramos e Silva (53) também relatam essas alterações respectivamente causadas pelo bejel e pela sífilis. Note-se que no caso 5 do artigo de Ramos e Silva trata-se de paciente portador de sífilis, embora se possa discutir se a lesão cutânea era de sífilis ou de pinta, de vez que as duas doenças podem evoluir num mesmo caso, como demonstrou León Blanco (36).

Voltando à bouba, sòmente os trabalhos citados de Hackett (49) e Nery Guimarães (51, foram publicados após a divulgação da descoberta do "Treponema carateum" e da peculiaridade que tem êste de ser encontrado com facilidade na linfa colhida nas lesões tardias da pinta, porém sòmente Nery Guimarães diz em seu trabalho ter efetuado esta pesquisa de treponemas. Assim, dos 7 casos descritos por Nery Guimarães, apenas 3 foram submetidos à pesquisa de treponemas nas lesões e por técnica de esfregaços com certeza impregnados pela prata, processo êste de rendimento inferior ao do exame em campo escuro. Além disso, a pesquisa pode ter sido prejudicada, segundo o próprio autor refere, por "terem os pacientes tomado injeções de anti-treponêmicos (mercúrio e acetilarsan)". Por outro lado, os pacientes revelaram ao interrogatório antecedentes boubá-

ticos, sendo que um dêles contou apenas ter tido "bouba-sêca". Entre os investigadores já citados, Wilson a Mathis mencionam a coexistência das discromias com ulcerações e osteítes, e nenhum fornece outros detalhes com referência a outras lesões de bouba contemporâneas ou pregressas.

Sem querer negar que a bouba, em raras circunstâncias, origine discromias sem ou com queratodermia das extremidades, o que acho muito possível, penso que a demonstração da etiologia boubática dessas manifestações não está ainda suficientemente provada. Tomando por base o trabalho de Nery Guimarães (51), que neste particular é o que fornece melhores detalhes, permito-me levantar as seguintes objeções: *a*) de acôrdo com o que acima expús, considero inconclusivos os resultados negativos das pesquisas de treponemas, por não terem sido realizados nas melhores condições técnicas (o autor trabalhou em zona rural de parcos recursos e provàvelmente sem maiores possibilidades técnicas); *b*) o passado boubático dos pacientes e a proveniência do foco de bouba são insuficientes para concluir sôbre a etiologia das lesões, uma vez que se sabe poder a pinta evoluir em portadores de bouba (16-42-43) e um dos doentes só menciona ter tido "bouba-sêca", lesões essas que poderiam também ser pintides.

As observações feitas fora do continente americano não me parecem argumento decisivo e definitivo, porque acredito não ser a pinta exclusiva das Américas, e, entre outros, os estudos de Allen e Goodale (54), apesar de carecerem da comprovação que a pesquisa positiva de treponemas daria, são muito sugestivos quanto à existência da pinta em Guam.

Na situação atual dos conhecimentos sôbre êsse tema, creio que as lesões possìvelmente boubáticas dêsse tipo devem ser submetidas a uma revisão, sendo as investigações realizadas à luz das contribuições trazidas pelo estudo da pinta, ocupando o primeiro plano a pesquisa sistemática de treponemas, feita por técnica adequada, e, eventualmente, as inoculações no homem, com reprodução da treponematose realmente causadora.

No que diz respeito ao probelma da imunidade cruzada entre a pinta e a bouba, poucas são as contribuições encontradas na literatura. Sabe-se, entretanto, que a pinta pode coexistir com a bouba no mesmo doente. Briceño Rossi e Iriarte (16) viram na Venezuale pintosos que adquiriram bouba, sendo também possível a obtetnção de lesões de pinta, inoculando o "T. carateum" em boubáticos, tanto em fase ativa como em fase latente (42, 43).

As lesões de pinta, assim produzidas experimentalmente em boubáticos, mostraram um período de inoculação mais longo e uma evolução mais lenta do que se observa em pessoas isentas de treponematoses, e nem todos os voluntários foram inoculados com sucesso, fatos indicativos de que a bouba confere ao organismo certa resistência parcial ou total menor ou maior, segundo o indivíduo inoculado, à infecção pelo "T. carateum" (42). As experiências citadas, ainda

em pequeno número, merecem ser continuadas, pois oferecem excelente oportunidade para o estudo da imunidade nas treponematoses de um modo geral e em particular das relações entre a bouba e a pinta.

RESUMO

A bouba e a pinta são duas entidades mórbidas distintas e bem individualizadas, causadas respectivamente pelo "Treponema pertenue" e pelo "Treponema carateum", que apesar de apresentarem certas semelhanças entre si (morfologia e reações sorológicas idênticas), mostram ação patogênica diferente, tanto para o homem como para os animais de laboratório.

Bouba e pinta exibem semelhanças e pontos de contato como acontece, aliás, com as treponematoses entre si, justificando assim esta designação de grupo, porém não suficientes para sustentar a teoria unicista da fusão de tôdas essas entidades numa só, denominada "treponematose". A hipótese tentadora e possível, levantada por outros autores, da existência pre-histórica de um só treponema, do qual por mutação se originaram os outros, não é ainda sustentada por provas definitivas.

A pinta é um argumento contra a idéia unicista de que a bouba e o bejel seriam a sífilis modificada pela infecção secundária facilitada pelas condições higiênicas e sociais inferiores das populações atingidas, pois a pinta, sendo prevalente em populações com idênticas condições de vida, não apresenta as lesões ulcerosas e crostosas atribuídas pelos unicistas à infecção secundária da sífilis.

A pinta e a bouba são doenças rurais, incidentes em pessoas de baixo nível social e econômico, propagadas principalmente por contágio direto, a favor do que fala a localização preferencial das lesões iniciais nas partes descobertas e sobretudo nos membros inferiores. As lesões da sarna podem constituir portas de entrada, facilitando o contágio. Não há transmissão intra-uterina, de sorte que não existem casos congênitos. Parecem não produzir lesões viscerais. A evolução de ambas é esquemàticamente dividida numa fase recente e numa fase tardia.

A bouba origina fenômenos infecciosos gerais, não vistos na pinta, e produz lesões cutâneas inteiramente diferentes das da pinta, exceção feita às lesões boubáticas sêcas, chamadas "framboesides", que são semelhantes às lesões pintosas da fase de generalização, denominadas "pintides".

Na fase tardia, predominam, na pinta, as discromias, tomando a doença duas formas polares: a forma generalizada e a forma circunscrita. A forma circunscrita é caracterizada pela presença preponderante de discromia, sem ou com queratodermia localizada nas extremidades (pés e mãos). Êste último tipo de manifestações tem sido descrito, embora raramente e por poucos autores, também na bouba. A meu ver, não foi afastada nos casos relatados como boubáticos, de modo indiscutível, a possibilidade de que se trate de pinta.

Para a apuração diferencial da causa, não só dessas lesões discrômicas e queratodérmicas das mãos e pés, mas também das framboesides e pintides, é de grande importância a pesquisa de treponemas levada a cabo por técnica adequada na linfa colhida nas áreas ativas dessas manifestações, uma vez que, segundo os conhecimentos atuais, os treponemas são fàcilmente encontrados na pinta, porém em tais lesões boubáticas a pesquisa deveria ser negativa.

A prova final e definitiva do estudo da etiologia das lesões discrômicas das extremidades (eventualmente também em referência à diferenciação entre framboesides e pintides) seria fornecida pela inoculação no homem, com a reprodução da verdadeira doença causadora — bouba ou pinta. Nas inoculações por mim feitas em voluntários, com material dêsse tipo de lesões de pacientes residentes no Rio de Janeiro (um dos casos autóctone), consegui reproduzir sempre experimentalmente a pinta.

A pinta existe no Brasil, em foco de grande endemia no Estado do Amazonas, e esparsamente, noutras localidades, tendo sido descritos casos comprovados no Rio de Janeiro, na Bahia e em Minas Gerais. Como conclusão dos meus trabalhos experimentais com a pinta, é possível afirmar que a pinta existe no Brasil fora do foco amazonense; que os casos de pinta diagnosticados no Rio de Janeiro são realmente de pinta; e que esta em nada difere da pinta observada clínica e experimentalmente no México e em Cuba e clinicamente nos outros países americanos, onde tem sido comprovada pela presença do "Treponema carateum" nas lesões.

Poucas são as contribuições ao estudo da imunidade cruzada entre a pinta e a bouba. Têm sido vistos casos de pinta infectados naturalmente com a bouba. Experimentalmente, investiguei o problema, concluindo que a pinta pode evoluir conjuntamente com a bouba no mesmo indivíduo, porém os boubáticos revelam uma certa resistência, parcial ou total, maior ou menor, segundo o indivíduo inoculado, à infecção pelo "T. carateum".

CONCLUSÕES

1. A bouba e a pinta são duas entidades mórbidas distintas, causadas por espécies diferentes de treponemas.

2. As semelhanças existentes entre as duas doenças justificam apenas reuni-las a outras, sob a denominação geral de "treponematose", porém não são de molde a fazer das duas uma única doença.

3. A pinta fornece um argumento contra a idéia unicista de que a infecção secundária, facilitada pelos hábitos higiênicos e condições de vida, é que traria as modificações clínicas morfológicas que transformariam o aspeto da treponematose única (sífilis), determinando a bouba e o bejel, pois sendo as condições em que a pinta é prevalente idênticas às da bouba e do bejel, não apresenta ela os tipos de lesões da bouba e do bejel atribuídas à infecção secundária.

4. Ao lado de lesões diferentes, tanto iniciais (de um do geral recentes) como tardias, a bouba e a pinta produzem lesões sêcas, generalizadas, semelhantes e de difícil distinção clínica: as chamadas "framboesides" e "pintides". Nas pintides abundam os treponemas, enquanto que nas framboesides acredita-se que dificilmente são encontrados.

5. Na fase tardia da pinta predominam as discromias (generalizadas e circunscritas). As discrômias circunscritas às extremidades têm sido descritas por raros autores na bouba, porém a meu ver não foi afastada de modo indiscutível a possibilidade de que se trate de casos de pinta; não chego, entretanto, a ponto de negar que ocasionalmente a bouba e também a sífilis possam dar origem a tais lesões.

6. A diferenciação, entre as lesões sêcas e tardias da bouba e a pinta, repousa principalmente na pesquisa do treponema nas lesões por técnica adequada, que é positiva na pinta e, segundo os conhecimentos atuais, deveria ser negativa na bouba. A palavra final é dada pela inoculação no homem; é, porém, um meio ao qual não se pode recorrer rotineiramente.

7. A pinta existe no Brasil em foco de grande endemia no Estado do Amazonas e esparsamente em outras localidades, onde têm sido descritos casos perfeitamente comprovados.

8. A existência de pinta em casos isolados, e até alguns autóctones no Rio de Janeiro, não padece dúvida, pois, tanto clínica e laboratorialmente, como pela inoculação em homem, ficou cabalmente provado que são casos de pinta e em nada diferentes dos de Cuba, do México e de outros países americanos.

9. A pinta pode evoluir conjuntamente com a bouba no mesmo indivíduo; entretanto, experimentalmente, foi constatado que os boubáticos revelam uma certa resistência parcial ou total, maior ou menor, segundo o indivíduo inoculado, à infecção pelo "Treponema carateum".

SUMMARY

Yaws and pinta are two different diseases, well individualized, caused respectively by the Treponema pertenue and the Treponema carateum. Even though they have a few features in common, (identical morphology and serologic reactions) they show a diverse pathogenic action on both man and laboratory animals.

As it happens among the treponematoses, yaws and pinta show similarities. These similarities lead to the general group designation of "treponematosis", but are not strong enough to support the unitarian viewpoint which considers all these diseases (including syphilis, bejel, etc.) one only, called simply—treponematosis.

Pinta is a definite factor against the unitarian conceit which admits that yaws and bejel may be but syphilis itself-modifified by a secondary infection favored by higienic and living conditions of the infected groups. This is because pinta, prevalent under the same environmental conditions as yaws and bejel, does not show the ulcerous and crustous lesions that the unitarians admit to be due to a secondary infection of the syphilitic lesions.

Pinta and yaws are prevalent in rural areas and in groups of low standard of living. They are mainly disseminated by direct contact — and this is confirmed by the fact that their initial lesions are usually located on the exposed parts of the human body, chiefly on the legs. Scabies' lesions may serve as starting points for the infection. Cases of congenitally acquired pinta or yaws are not known. It seems that neither disease cause visceral lesions. Their evolution is schematically divided in an early and a late stage.

Yaws originates generalized symptoms of infection which are not observed on pinta. The cutaneous lesions of yaws are entirely different from the cutaneous lesions of pinta with the exception of the dry lesions which occur in yaws called frambesids — which are similar to the pintids, thas is, pinta lesions of the generalization phase.

Dischromic lesions are the most frequent manifestations of the later stage of pinta, during which two extreme forms are distinguished: the disseminated and the circumscribed forms. The circumscribed form is characterized by the presence of dischromic changes with or without keratodermia on hands and feet. This type of lesions has been described also in yaws, though rarely and by few authors. It is my belief that in the cases herein attributed to yaws, the possibility of their having been caused by pinta is not yet definitely ruled ont.

In the establishment of the etiology of dischromic and hyperkeratotic lesions of hands and feet — as well as of certain early lesions(frambesids versus pintids) the search for treponema, performed by an adequate technique, in the lymph obtained from the active areas of these lesions, seems to be exceedingly helpful, since, according to our present knowledge, treponema are easily found in pinta lesions, while in corresponding yaws lesions they are not encountered.

The final and definite proof of the etiology of the dischromic lesions of the extremities (eventually concerning also the differetiation of frambesids and pintids) would be given by human inoculation and the subsequent reproduction of the original disease — either yaws or pinta. In experimental inoculations (with material provenient from lesions of this type from patients living in Rio de Janeiro — one of the cases autoctonous), that I performed in human volunteers, I always observed the reproduction of pinta.

Pinta exists in Brazil in areas of high endemic incidence — in the State of Amazonas; and occurs rarely in various other localities. Positive cases of pinta have been observed in Rio de Janeiro, Bahia and Minas Gerais. The following conclusions can be drawn from my experimental work on pinta: 1) the disease is to be found in Brazil outside of the Amazon endemic zone; 2) cases diagnosed as pinta in Rio de Janeiro are really of pinta; 3) these cases are clinically and experimentally similar to the cases of pinta observed under the same conditions in Cuba and Mexico, and those observed

only clinically but also proved to be pinta by the finding of treponema carateum, in other American countries.

There are but a few contributions to the study of cross immunity between pinta and yaws. There are some reported cases of pinta naturally infected with yaws. I have investigated experimentally this question and I was able to conclude that the concomitant evolution of yaws and pinta in a same person is possible. Nevertheless, yaws patients show a certain state of partial or complete resistance, variable with the inoculated individual, to infection with T. carateum.

CONCLUSIONS

1 — Yas and pinta are distinct diseases, each caused by a different species of Treponema.

2 — Between the two diseases there are similarities that justify their being grouped together under the general designation of Treponematoses. These similarities are not sufficient, however, to justify their being considered but a single disease.

3 — Pinta strenghtens the argument against the unitarian idea which considers the secondary infection, favored by higienic and living conditions, as the factor that determines the clinical and morphologic change of the supposed single treponematosis (syphilis) into the yaws or bejel. This is because the lesions that are believed to be due to a secondary infection, in yaws and bejel, cannot be observed in pinta, which is prevalent under the same environmental conditions as yaws and bejel.

4 — Side by side with distinct initial (generally early) lesions and late lesions, yaws and pinta will produce similar disseminated dry lesions, namely frambesids and pintids, which are difficult to differentiate clinically. In the latter treponemas can be easily observed, by darkfield examination, while in the frambesids it is believed that they hardly will be encountered — if ever.

5 — In the late stage of pinta the predominant manifestations are dischromic lesions, disseminated or localized. Similar localized dischromic manifestations on the extremities have been discribed also, in yaws, though but by a few workers. It is my opinion that, in such cases, the possibility of their having been caused by pinta is not definitely ruled out. However, I do not deny absolutely that occasionally yaws, and also syphilis, can produce this type of lesions.

6 — The differentiation between dry and late lesions of yaws and pinta is made, chiefly, by searching for treponemes in the lesions by following an adequate technique. So far the results have been positive in pinta and negative in yaws. Definite testing should be done by human inoculation, but of course this is not possible in routine work.

7 — Pinta does exist in Brazil, where it occurs in an endemic zone of the State of Amazonas, and, also, in isolated cases, well confirmed, in other localities.

8 — There is no doubt whatever, that there are cases of pinta in Rio de Janeiro. By laboratory tests and human inoculation it was possible to prove definitely that these were cases of pinta and no different from the cases observed in Cuba, Mexico and other American countries.

9 — The ocurrence of pinta and yaws simultaneously in one person is possible. However, experiments have shown that a yaws patient may have a partial or complete resistance, variable with each particular individual, to infection with Treponema carateum.

CITAÇOES

1. Butler, C.S., The septic syphilodermata. Am. J. Clin Path., 9: 1 (jan.), 1939.
2. Hudson, E.H., A unitarian view of treponematosis. Am. J. Trop. Med., 26:135 (jan.), 1946.
3. Galliard, H., Pian, Nouvelle Pratique Dermatologique, Paris, Masson et Cie., 1936, III, 240.
4. Ramos e Silva, J., comunicações pessoais.
5. Peryassú, D., Sífilis, An. brasil. de dermat., e sif., 21:37 (mar.), 1946.
6. Ramos e Silva, J., La pinta en el Brasil, Bol. Soc. cubana de dermat. y sif. 3:159 (dez.), 1946.
7. Nery Guimarães, F., O purú-purú da Amazônia. Mem. Inst. Oswaldo Cruz, 46: 135, 1948.
8. Saenz, B. e Grau Triana, J., Estado atual de la pinta en Cuba, Rev. de med. y cir. Habana 44:1 (31-jan.), 1939.
9. Weiss, P., Estudio comparado del mal del pinto o enfermedad de Leon Blanco con las outras treponemiasis, pian, sifilis. Rev. argent. dermatosif., 32: 23 (jan.-jun.), 1948.
10. Grau Triana, J., Étude schématique et comparative de la syphilis, du pian et du mal del pinto. Ann. de dermat. et syph., 9: 276 (maio-jun.), 1949.
11. Nichols, H.J., Experimental yaws in the monkey and rabbit. J. Exper. Med., 12: 616 (set.), 1910.
12. Pearce, L., e Brown, W.H., Distinctive characteristics of infections produced by Treponema pertenue in the rabbit. J. Exper. Med., 41: 673 (maio), 1925.
13. Curbelo, A., Palomino, J.C., Conde, E., e Garzon, L., Ensayos experimentales sobre el agente causal de la pinta encontrado en Cuba. Rev. de ciencias medicas 1: 134 (out.), 1938.
14. Leon Blanco, F., e Oteiza, A., The experimental transmission of pinta, mal del pinto or carate to the rabbit. Science, 101: 309 (23-mar.), 1945.
15. Oteiza, A., La pinta experimental. Bol. Soc. cubana de dermat. y sif., 6: 24 (mar.), 1949.
16. Briceño Rossi, A.L., e Iriarte, D.R., Bol. lab. clin. Luiz Razetti, 4: 221, 1944.
17. Padilha Gonçalves, A., Pinta experimental, An. brasil. dermat. e sif., 24: 189 (jun.), 1949.
18. Leon Blanco, F., El mal del pinto, pinta o carate. Mexico, Cia. General Editora, 1942, 77-78.
19. Briceño Rossi, A.L., Carate o mal del pinto. La Pinta cubana. Arch. mex., ven. y dermat., 7: 63 (mar.-abr.), 1948.
20. Leon Blanco, F., cit. 18, pág. 148.
21. Herrejon, G., Mal del pinto, Prensa méd. mex., 10: 137 (dez.), 1945.
22. Latapi, F., Carate o mal del pinto. Arch. mex. ven. y dermat., 7: 93 (maio-jun.), 1948.
23. Silva Araújo, O., Le pian au Brésil, Bull. Soc. path. exot., 21: 388, 1928.
24. Lobo, Jorge, Contribuição ao estudo da bouba (Tese — Recife), Recife, 1935, 50-52.
25. Miranda, Waldemir, A bouba no nordeste brasileiro (Tese — Recife) Recife, Calvino Filho, 1935, 100-101.
26. Smith, E.C., An atlas of skin diseases in the tropics, Londres, John Bale, Sons & Danielson Ltda., 1932, fig. 224.
27. Schöbl, O., Sellards, A.W., e Lacy, G.R., Some protean manifestations of the skin lesions of yawh, Phillipine J. Sc., 30:475 (ag.), 1926.
28. Leon Blanco, F., cit. 18, pg. 108.
29. Leon Blanco, F., comunicação pessoal em outubro de 1946.
30. Padilha Gonçalves, A., Dois casos brasileiros de pinta (carate) com a pesquisa de treponema positiva na linfa das lesões, Hospital, Rio de Janeiro, 25:119 (jan.), 1944.

31. Padilha Gonçalves, A., comentário incerto em An. brasil. de dermat. e sif. 22:194 (dez.), 1947.

32. Silva, Flaviano, Achado do Treponema Herrejoni (Leon y Blanco, 1938) num caso de purú-purú observado na Bahia. Brasil-méd., 59-4 (21 e 28 abr.), 1945.

33. Costa, Oswaldo G., Pinta. An. brasil. de dermat. e sif., 22:107 (set.), 1947.

34. Lobo, Jorge, Considerações em tôrno do caratês. Jornal dos Clinicos, 1:3 (15-mar.), 1939.

35. Saenz, B., Grau Triana, J., e Armenteros, J.A., Pinta in Cuba. Arch. Dermat. & Syph., 41:463 (mar.), 1940.

36. Leon Blanco, F., Quarta nota sobre la transmission experimental del mal del pinto de persona a persona. Rev. de med. trop. y parasitol., bacteriol., clin. e lab., 6:13 (jan.-fev.), 1940.

37. Leon Blanco, F., e Laosa, O., The primary lesion of pinta. Am. J. Syph. Gonor. & Ven. Dis., 31:600 (nov.), 1947.

38. Oteiza, A., La lesion inicial experimental de la pinta, mal del pinto e carate en Cuba. Rev. sif., leprol. y dermat. 2:5 (jan.), 1945.

39. Oteiza, A., Las lesiones tempranas del periodo de generalizacion en la pinta experimental humana. Bol. Soc. cubana de dermat. y sif., 3:39 (jun.), 1946.

40. Leon Blanco, F., La pinta, mal del pinto o carate en el Brasil, Bol., Soc. cubana de dermat. y sif., 3:184 (dez.), 1946.

41. Padilha Gonçalves, A., Nota sôbre a epidemiologia da pinta. An. brasil. de dermat. e sif., 24:190 (jun.), 1949.

42. Padilha Gonçalves, A., Sobre la transmission de pinta experimental a frambesicos. Bol. Soc. cubana de dermat. y sif., 3:169 (dez.), 1946.

43. Padilha Gonçalves, A., Pintides, comunicação feita à Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, em 27-4-1949.

44. *a*) Gutierrez, P.D., Keratosis palmaris et plantaris due to frambesia. Arch. Dermat., & Syph., 8:382 (set.), 1923.

b) Gutierrez, P.D., Late or tertiary manifestations of yaws. Arch. Dermat. & Syph., 12:465 (out.), 1925.

45. Cordes, W., Syphilis and framboesia among Haitian laborers in Cuba, Fifteenth annual report of the medical department of United Fruit Company, New York, United Fruit Co., 1926, 156.

46. Wilson, P.W., e Mathias, M.S., Epidemiology of yaws. A report based on a study of one thousand four hundred and twenty three consecutive cases in Haiti. J.A.M.A., 94:1289 (26-abr.), 1930.

47. Baer, L.S., e Allen, R.F., Health status of the marshallese. Am. J. Trop. Med., 24:345 (nov.), 1944.

48. Pardo Castelló, V., Yaws: five hundred cases observad in Cuba. Arch. Dermat. & Syph., 40:762 (nov.), 1939.

49. Hackett, C.J., The clinical course of yaws in Lango, Uganda. Tr. Roy. Soc. Trop. Med. & Hyg., 40:206 (dez.), 1946.

50. Smith, E.C., An atlas of skin diseases in the tropics, Londres, John Bale, Sons & Danielson Ltd., 1932, figs., 227, 228 e 230.

51. Nery Guimarães, F., Manifestações boubáticas discrômicas simulando pinta (carate, mal del pinto, purú-purú). Brasil méd. 61:81 (22 e 29-mar.), 1947.

52. Hudson, E.H., Hyperkeratoses and depigmentations in bejel. Ann. Trop. Med. 30:3 (abr.), 1936.

53. Ramos e Silva, J., Um typo sui-generis de syphilide tardia das extremidades. Seu diagnóstico. Hospital, Rio de Janeiro, 12:775 (nov.), 1937.

54. Allen, R.F., e Goodale, R.H. Pinta-like lesions among natives of Guam. U.S.Nav. Med. Bull. 46:653 (maio), 1946.

Enderêço do autor: Av. Ataulfo de Paiva, 1.079 (Rio de Janeiro).

Purpura annularis telangiectodes

(Doença de Majocchi)

Tancredo Alves Furtado

O interêsse da apresentação de um caso de doença de Majocchi decorre do fato de ser a casuística da afecção relativamente reduzida e da controvérsia reinante no que diz respeito à sua relação com as demais dermatoses hemorrágico-pigmentares.

A afecção foi descrita em 1896, por Majocchi (1), que acentuou os aspectos morfológicos que caracterizam as três fases da moléstia: telangiectásica, purpúrico-pigmentar e atrófica.

Em 1915, Mackee (2) apresenta o primeiro caso americano e faz uma revisão da literatura, encontrando um total de 38 casos e observando que nem sempre foram relatados os aspectos morfológicos típicos da descrição original.

Em 1930, Scholtz (3) relata um caso e faz uma revisão das publicações posteriores ao trabalho de Mackee, que perfazem 26 observações clínicas. Dessa revisão, ressalta a falta de unanimidade de pontos de vista dos autores quanto à caracterização clínica e histológica da dermatose.

Em 1917, Rusch (4) apresenta, perante a Sociedade Dermatológica de Viena, um caso no qual não havia telangiectasia e nem configuração anular das lesões e cujo diagnóstico não foi aceito por muitos dos presentes.

Em 1920, Highman (5) relata um caso de doença de Majocchi, caracterizado por manchas purpúricas "punctatas", placas hemorrá-

---

Assistente da Clínica Dérmato-Sifilográfica da Santa Casa de Belo Horizonte (Serviço do Professor Josefino Aleixo). Ex-Assistente do Prof. Richard Sutton Jr., Kansas City, Missouri, EE. UU.

Apresentado em reunião da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, Secção de Minas Gerais, em outubro de 1948.

gicas, superfície ligeiramente infiltrada e com tendência à descamação. O mesmo caso foi diagnosticado por Scheer como doença de Schamberg.

No mesmo ano, Weiss (6) apresenta dois casos com estudo histológico, cujos diagnósticos não foram aceitos por Mackee, que os considerou como sendo púrpura associada a veias varicosas.

Em 1923, Majocchi (7) descreve 6 novos casos, nos quais não se encontram invariàvelmente os três estágios da afecção como êle primitivamente havia descrito. A fase de atrofia falta muitas vêzes e os estudos histológicos mostraram mesmo que pode haver uma "restitutio ad integrum" da pele.

O caso de Dore (8), o primeiro relatado na Inglaterra, não apresentava as três fases bem marcadas e as lesões não assumiam a configuração anular.

Scholtz (3) é de opinião que a doença de Majocchi, a doença de Schamberg e a "poikiloderma atrophicans vasculare" de Jacobi, têm muitos aspectos morfológicos e patológicos em comum e são, se não variantes do mesmo processo mórbido, pelo menos membros intimamente relacionados do grupo das angiodermatoses inflamatórias.

As escolas alemã e austríaca, em sua quase totalidade, consideram as doenças de Majocchi e de Schamberg histopatológica e clìnicamente idênticas. Assim Gottron (9), chefe da clínica de Breslau, afirma que os casos rotulados pelos autores da língua inglêsa como doença de Schamberg constituem quase sem exceção exemplos de doença de Majocchi, e que os quadros histológicos das duas afecções são idênticos, não acreditando êle na doença de Schamberg. Gottron diz ter visto 116 casos de doença de Majocchi, o que causa extranheza, considerando-se a reduzida casuística de outros autores que têm estudado a dermatose.

Os dermatologistas inglêses e americanos de um modo geral são acordes em considerar as duas afecções como entidades clínicas distintas.

Templeton (10) publica, em 1927, um trabalho em que focaliza o diagnóstico diferencial entre doença de Schamberg, doença de Majocchi e angioma serpiginoso. Afirma que a diferenciação pode ser feita em geral com os elementos clínicos, e que as alterações microscópicas, embora não sejam absolutamente patognomônicas, são todavia suficientemente características para permitir a individualização de cada uma daquelas dermatoses.

Wise (11), em uma publicação bem documentada (1942), faz um estudo comparativo da doença de Majocchi e da doença de Scham-

berg, apresentando os elementos clínicos e histológicos sôbre os quais se deve basear o diagnóstico diferencial.

DIAGNOSTICO CLINICO

O diagnóstico diferencial da doença de Majocchi deve ser feito principalmente com a dermatose pigmentar progressiva ou doença de Schamberg. Devem todavia ser também consideradas as demais dermatoses que Pardo-Castello (12) estuda no capítulo das *capillaritis* cutâneas, como sejam o angioma serpiginoso de Hutchinson e Crocker, a dermatose liquenóide e purpúrica de Gougerot e Blum, a dermatite pigmentar e purpúrica (dermite ocre) de Fâvre e Chaix e a púrpura senil angiopática de Bateman.

A *purpura annularis telangiectodes* clássica apresenta, no seu curso evolutivo, três etapas: a telangiectásica, a purpúrico-pigmentar e a atrófica. Localiza-se preferencialmente nos membros inferiores, principalmente nas pernas e dorso dos pés, podendo também ser atingidos o tronco e os braços. Na primeira fase, observam-se pontos lenticulares, de côr vermelho-escura e vermelho-pardacenta, que desaparecem à vitro-pressão e que se estendem de modo centrífugo, com involução central, formando figuras anulares, circinadas, que podem se apresentar isoladas ou grupadas. Sôbre essas lesões surgem outras equimóticas, purpúricas, que são fixas, não desaparecendo à vitro-pressão (fase hemorrágico-pigmentar). A erupção é de regra bilateral e simétrica. Transcorrido um período de quiescência, que varia de semanas a meses, sobrevém quase sempre a involução total, surgindo em muitos casos atrofia central, aparecendo a pele fina, de côr amarelo-pálida, às vêzes escamosa; em alguns casos observa-se mesmo queda dos pêlos e atrofia do aparelho pilo-sebáceo (fase atrófica). A dermatose pode ocorrer em qualquer idade e em ambos os sexos e muitas vêzes está associada com sério comprometimento da saúde.

A *dermatose pigmentar progressiva*, ou doença de Schamberg, caracteriza-se clinicamente por placas hiperpigmentadas de côr vermelho-pardacenta ou pardo-escuro e por elementos puntiformes periféricos, que não desaparecem à vitro-pressão e que são comparados à pimenta do reino ("cayene pepper"). Essas placas podem ser pequenas ou grandes, únicas ou múltiplas, e localizam-se usualmente no têrço inferior das pernas, nos tornozelos e nos pés, embora possam atingir também os joelhos, as coxas e ante-braços e excepcionalmente generalizar-se. Há ausência de telangiectasias e de formações anulares. A dermatose é mais encontradiça em adolescentes e adultos jovens, apresenta um curso insidioso, progressivo, lento, e na sua evo-

lução pode levar meses ou anos. Raramente há regressão espontânea e não ocorrem recidivas ou exacerbações. Há ausência de sinais subjetivos e o estado geral é de regra bom. Em alguns casos tem sido registrada uma hipercolesterinemia, não tendo todavia sido demonstrada uma relação direta entre esta alteração e a afecção em causa.

No *angioma serpiginoso* não há telangiectasias e as lesões se constituem de pequenas pápulas vasculares, pôr pontos angiomatosos, de côr de cobre, vermelhos ou purpúricos, que se agrupam formando figuras em rêde, circinadas, serpiginosas. Não há extravasão sanguínea e portanto não há hemo-siderose. Para Scholtz, trata-se de uma proliferação capilar, nevóide, progressiva, da pele.

A *dermite liquenóide e purpúrica* de Gougerot e Blum é em geral considerada como uma forma papulosa da doença de Schamberg.

A *dermatite pigmentar e purpúrica* (*dermite ocre*) de Favre e Chaix é uma entidade de extraordinária frequência. Localiza-se apenas nas pernas caracteriza-se por máculas vermelhas, purpúricas ou ocres, com infiltrados hemorrágicos, certo grau de inflamação cutânea, eritema difuso, descamação em pequenas lâminas. Pode acompanhar-se de úlceras hemorrágicas ou supurativas e dermite microbiana. Há muitas vêzes coexistência de varizes dos membros inferiores.

A *púrpura senil angiopática* de Bateman surge em geral após os 65 anos, desenvolve-se sôbre a pele senil e localiza-se de preferência nas pernas, braços e dorso das mãos. As lesões podem aparecer após traumatismo ou espontâneamente, sob a forma de máculas telangiectásicas, que se tornam purpúricas ou de côr vermelho-azulada e que de regra desaparecem depois de 10 dias, deixando como sequela máculas hipercrômicas de regressão lenta.

DIAGNOSTICO HISTOLOGICO

Do ponto de vista histológico, há um conjunto de elementos que permitem na maioria dos casos a caracterização e a individualização de uma determinada dermatose hemorrágico-pigmentar. Com as publicações de Templeton (10) e mais recentemente de Wise (11), as alterações microscópicas foram suficientemente focalizadas para permitir um diagnóstico diferencial sob base histopatológica, principalmente entre a doença de Majocchi e a doença de Schamberg. Julgamos oportuno transcrever o quadro comparativo apresentado por Templeton, omitindo porém o angioma serpiginoso, por não apresentar dificuldade para o diagnóstico, seja clinicamente, seja histopato-

Fig. 1 — M. L. A. — Purpura annularis telangiectodes

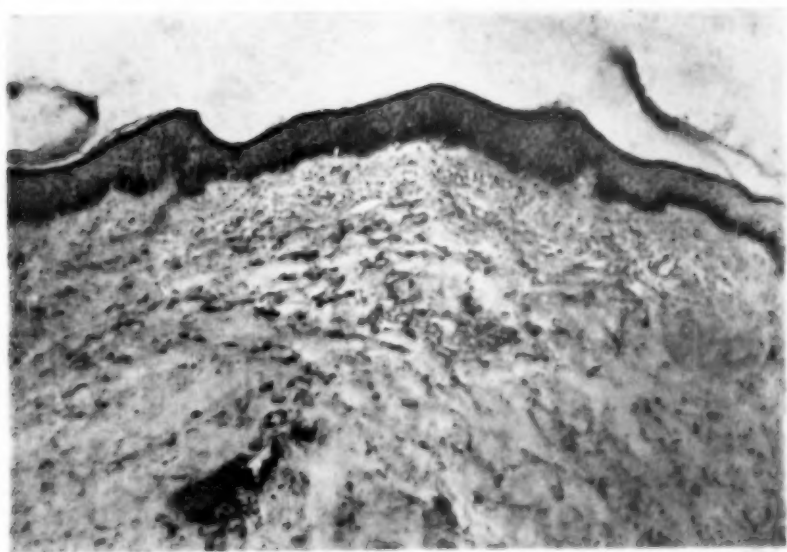



Fig. 2 — Descamação. Telangiectasia com discreto infiltrado peri-vascular.

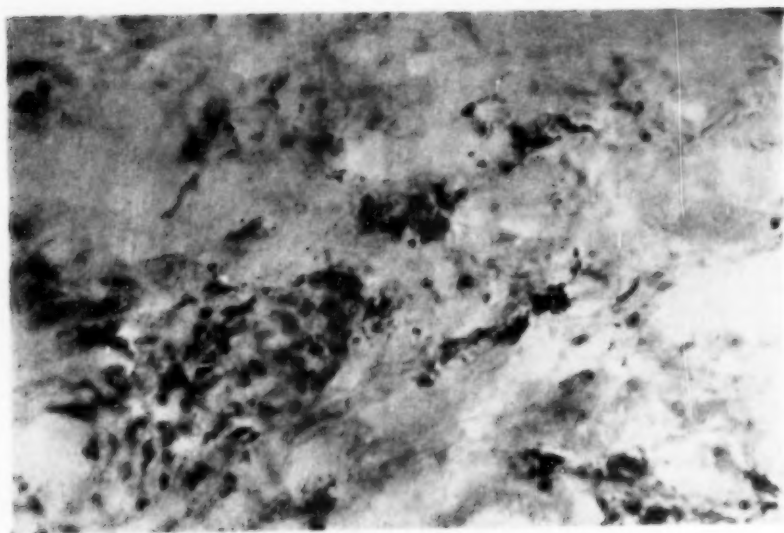



Fig. 3 — Pigmento hemático fagocitado.

lògicamente, caracterizando-se fàcilmente pela ausência de extravasação sanguínea e, portanto, de hemo-siderose.

	Doença de Majocchi	*Doença de Schamberg*
EPIDERME	Alterações de menor interêsse; algumas vêzes normal; algumas vêzes reduzida de espessura com apagamento das papilas.	Pequena alteração; alguns polimorfonucleares na rêde mucosa; a linha papilar pode estar nivelada.
DERMA	O principal aspecto é a endoarterite obliterante; vasos ectasiados e aumentados em número; capilares cercados por infiltrado de células redondas; vasos ectasiados e engorgitados de sangue; diapedese de glóbulos vermelhos e hemorragia franca; algum edema; muitos focos hemorrágicos. Presença de grânulos de pigmento. Redução da elástica que às vêzes pode estar perdida em áreas de infiltrado.	Infiltração circunscrita de células redondas da camada sub-papilar, com alguma tendência a se localizarem em tôrno dos condutos sudoríparos; endoarterite proliferativa e neoformação capilar em algumas áreas; pigmento férrico inter-celular e intra-celular em algumas áreas. Presença de grânulos de pigmentos. Redução da elástica.
HIPODERMA	Alterações das células e arteríolas muito marcada; observam-se áreas de hemorragia.	Normal.
ANEXOS	Os folículos podem sofrer atrofia e desaparecer; alterações degenerativas nas glândulas sudoríparas e sebáceas e nos músculos não estriados.	Exudato celular tende a ocorrer em tôrno dos condutos sudoríparos.
Aspecto microscópico característico	Dilatação e ruptura dos capilares com hemorragia livre.	Grânulos de pigmento contendo ferro no infiltrado celular.

OBSERVAÇÃO CLINICA

O caso que passamos a relatar constitui um exemplo típico de "purpura annularis telangiectodes", cujo diagnóstico clínico obteve a sua confirmação na histopatologia.

I) Identificação: M.L.A., 22 anos, solteira, doméstica, natural da Fazenda Rio Picaricaba, Santa Bárbara, Minas Gerais, veio à consulta no Hospital Municipal, em julho de 1948. (*)

II) Anamnese: *a*) antecedentes familiares: mãe falecida de tuberculose pulmonar e pai falecido em consequência de cardiopatia. Colaterais sadios; *b*) antecedentes pessoais: é filha única de gestação a têrmo. Coqueluche e variola na infância. Pneumonia há dois anos; *c*) história da moléstia atual: em fevereiro de 1947 iniciou-se a dermatose sob a forma de manchas avermelhadas, que a princípio surgiram nas pernas, para atingir em seguida as coxas e ùltimamente os membros superiores. Desde que sofreu pneumonia, há 2 anos, tem sentido adinamia geral, discreta elevação de temperatura e tem notado certo aumento de volume do abdomen. Não há manifestações subjetivas para o lado da pele.

III) Exame dermatológico: a dermatose localiza-se simètricamente no dorso dos pés, nas pernas e nas coxas, onde as lesões são mais acentuadas e características, atingindo também os braços e antebraços, onde são mais discretas. A erupção caracteriza-se por máculas de coloração variando do purpúrico ao ocre, que não desaparecem à vitro-pressão, planas, não infiltradas. Nas coxas, as máculas apresentam configuração anular e no seu conjunto assumem um aspecto francamente reticulado (fig. 1). As malhas da rêde constituem-se de pele normal ou marchetada por pequenos pontos de coloração purpúrica ou ocre. Em alguns pontos das pernas as manchas são difusas, contínuas, apresentando o aspecto "en nappe". Nos membros superiores, as lesões, mais recentes, caracterizam-se por pequenos pontos de coloração purpúrica.

IV) Exame dos aparelhos: como única anormalidade, encontra-se um baço aumentado de volume, cêrca de 4 dedos abaixo da reborda costal.

V) Exames complementares:

1) reação de Kahn: negativa;
2) radiografia do tórax: normal;
3) reação de Mantoux quantitativa: positiva na diluição a 1/1.000;
4) hemograma: glóbulos vermelhos: 3.860.000 por mms3.
Hemoglobina: 68 % (Sahli).
Contagem global de leucócitos: 10.400 por mms3.
Contagem diferencial de leucócitos:

Neutrófilos	71 %
Basófilos	0 %
Eosinófilos	9 %
Monócitos	5 %
Linfócitos	15 %

5) hemo-sedimentação: 73 mms., em uma hora (Westergreen);
6) resistência globular:

Início da hemólise	0,44
Hemólise total	0,38

7) tempo de coagulação: 3' 25"; tempo de sangria: 3' 15"; retração do coágulo: 30';
8) tempo de protrombina: 4';
9) prova de Rumppel-Leed: negativa;

(*) Queremos agradecer ao Dr. Claudiano Mascarenhas que nos encaminhou a doente, ao Dr. Edgard Antunes Cerqueira, que realizou os exames complementares de laboratório, e ao Dr. Moacir Junqueira, que fez o exame histopatológico.

10) exame parasitológico de fezes (após concentração): ovos de "Ascaris lumbricoides" e de "Ancylostoma duodenale";

11) Exame de urina: normal;

VI) Histopatologia (N.º 5.472 — Departamento de Anatomia Patológica da Santa Casa): o exame histopatológico dos dois fragmentos de pele revela alterações semelhantes.

A epiderme apresenta área de atrofia discreta. A camada córnea apresenta-se com lâminas em dissociação, havendo áreas de descolamento (descamação). No derma, não se observa modificações dos anexos. Há telangiectasia generalizada e em tôrno dos vasos das camadas papilar e sub-papilares nota-se pequeno infiltrado linfocitário. As artérias do derma profundo, que estão também dilatadas, têm paredes delgadas.

Não foram encontrados focos de hemorragia recente, mas vestígios, constituidos por pigmento hemático (hemo-siderina), identificado pela reação do Azul da Prússia. Êsse pigmento, que não é escasso, é encontrado tanto livre como fagocitado por histiócitos ("purpura annularis telangiectodes"). (Ver figs. 2 e 3).

SUMARIO

O A. mostra a controvérsia reinante quanto ao diagnóstico diferencial da "púrpura annularis telangiectodes" (doença de Majocchi) com as demais dermatoses hemorrágico-pigmentares, principalmente com a dermatose pigmentar progressiva (doença de Schamberg). Apresenta os elementos clinicos e histológicos em que se deve basear o diagnóstico, de acôrdo com a escola americana. Relata um caso clássico de doença de Majocchi, com diagnóstico clinico e histopatológico.

CITAÇÕES

1 — Majocchi: cit. por Scholtz ref. 3.

2 — MacKee: cit. por Scholtz ref. 3.

3 — Scholtz, M.: Purpura Annularis Telangiectodes. Arch. Dermat. & Syph., 19:769, 1929.

4 — Rusch: cit. por Scholtz ref. 3.

5 — Highman, W. J.: Purpura Annularis Telangiectodes. Arch. Dermat. & Syph., (fev.), 1:227, 1920.

6 — Weiss, Ludwig: Purpura Annularis Telangiectodes. Arch. Dermat. & Syph. 1:520, 1920.

7 — Majocchi.: Nuovi casi clinici di Purpura annularis telangiectodes. Giorn. ital. di mal. ven. e della pelle 64:125, 1923.

8 — Dore, S.E.: Case of Purpura Annularis Telangiectodes. Brit. J. Dermat., 37:263 (jun.), 1925.

9 — Gottron: cit. por Wise ref. 11.

10 — Templeton H.S.: Progressive Pigmentary Dermatosis (Schamberg), with Review of Literature, Report of two Cases and Comparison with Angioma Serpiginosum and Purpura Annularis Telangiectodes, Arch. Dermat. & Syph., 16:141, 1927.

11 — Wise, Fred: Presidential Addres: Purpura Annularis Telangiectodes (Majocchi) and Progressive Pigmentary Dermatosis (Schamberg) Clinical and Histopatologic Features, Differencial Diagnosis. J. Invest. Dermat., 5:153 (ag.), 1942.

12 — Pardo Castello, V.: Dermatologia Y Sifiligrafia, Havana, Cultural S.A., 1945, 921.

Endereço do autor: rua Alvarenga Peixoto, 986 (Belo Horizonte).

Nota clínica

Eritema do nono dia

Perilo Peixoto

Segundo Milian, há 3 variedades de intolerância ou de sensibilidade medicamentosa, ou seja, de acidentes medicamentosos:

1) Acidentes biotrópicos

2) Acidentes tóxicos

3) Acidentes mistos, biotrópicos e tóxicos, raros.

O Biotropismo é devido ao despertar do microbismo latente provocado pela absorção medicamentosa. Diz-se direto, quando é estimulado o parasito combatido pela terapêutica, a saber, o treponema na cura arsenical. Indireto, quando se trata de micro-organismos diferentes, em vigília no organismo, ou em via de atenuação. Exemplo de biotropismo direto: a reativação terapêutica, da qual a reação de Herxheimer seria a variedade imediata na sífilis. Biotropismo indireto: a estomatite mercurial, a estomatite bismútica (estomatites fuso-espirilares), a furunculose, a erisipela, os eritemas do nono dia, etc.

Os acidentes tóxicos reproduzem o tipo anátomo-clínico da intoxicação experimental ou acidentes da mesma série fisiológica. Os arsenobenzóis são venenos do sistema vago-simpático, enquanto os pentavalentes aromáticos o são dos nervos sensoriais. Manifestações tóxicas dos arsenobenzóis são a crise nitritóide (paralisia vaso-motriz aguda), a eritrodermia vesículo-edematosa (paralisia vaso-motriz crônica).

Apresentado na sessão de 21.12.1949, da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia.

Acidente misto: biotropismo indireto e intoxicação: caso de Marsot, eritema escarlatiniforme do nono dia e, no fim do tratamento, eritrodermia vesículo-edematosa típica.

O eritema do nono dia é infeccioso e não tóxico pelas seguintes razões:

1) Não reproduz a sintomatologia dos acidentes apresentados pelos animais quando se lhes administram doses realmente tóxicas do medicamento: experimentalmente no coelho o arsênico jamais origina erupção escarlatiniforme ou morbiliforme, e sim fenômenos congestivos, vaso-dilatação geral, com exsudação serosa.

2) Vários medicamentos podem produzir o eritema do nono dia: arsenicais, barbitúricos, o ouro, e mais raro, o mercúrio e o bismuto.

3) A multiplicidade dos tipos eruptivos com o mesmo medicamento: o 914 dá erupções morbiliforme, rubeoliforme, roseoliforme, escarlatiniforme, urticariana, eritema polimorfo, etc. Uma erupção tóxica deveria reproduzir sempre o mesmo quadro clínico, tal como a da crisarobina.

4) O eritema do nono dia reproduz a sintomatologia normal ou atenuada da moléstia infecciosa correspondente.

5) A cada nova injeção, por duas ou três vêzes, reaparece a erupção, cujos sintomas se vão atenuando, desaparecendo cada vez mais depressa. Vencida a fase reacional, é possível prosseguir-se a terapêutica nas doses máximas.

6) O eritema do nono dia pode contagiar. No serviço de Milian, uma mulher com eritema do nono dia morbiliforme contagiou dois lactentes de sarampo típico, e dois adultos, tratados pelo 914, de eritema morbiliforme do nono dia (no 1.º caso, não havia antecedentes de sarampo; no 2.º, a imunidade anterior modificou a erupção). Flandin refere a observação de uma criança que teve eritema morbiliforme do nono dia no curso do tratamento pelo treparsol e cujo irmãozinho se contagiou de sarampo típico. Os casos de contágio são pouco frequentes porque o eritema do nono dia é uma infecção atenuada e a maioria dos indivíduos se acha imunizada contra as febres eruptivas. Em 1934 houve em Paris uma epidemia de sarampo; nessa ocasião, no serviço de Milian quase só se observou eritema do nono dia do tipo morbiliforme.

1ª Observação

J. S. J., parda, 20 anos de idade, natural desta cidade, casada, residente na rua Jupará 26.

Nos comemorativos, digna de registro para o caso em aprêço a ocorrência de sarampo na infância.

Portadora de sífilis secundária (sifílides pápulo-erosivas nos grandes lábios e sifílides erosivas — placas mucosas "fauchées" — no dorso da língua), deu entrada na 8ª Enfermaria da Fundação Gaffrée-Guinle a 20 de junho dêste ano.

Aparêlho cárdio-vascular: eretismo cárdio-vascular; Pressão arterial: Mx.: 130 — Mn.: 80.

Exames complementares: reações sorológicas para a lues: *positivas*. Exame de urina: traços de albumina, traços leves de urobilina e traços fortes de indicão e escatol.

Três dias após, ou seja, a 23 de junho, foi submetida à arsenoterapia intensiva, iniciada com 0,02g de Arsenox. Na tarde dêsse mesmo dia, sua temperatura subia a 38,4. No dia subsequente, tomou 0,04g de Arsenox, sem reação febril. E assim, daí por diante passou a receber diàriamente 0,06g de Arsenox, sem que nada de anormal se verificasse. Sete dias depois, ou seja a 30 de junho, a hipertermia foi de 37,2, para alcançar nos dias 1 e 2 de julho respectivamente 37,8º e 38º, quando foi suspenso o tratamento. No mesmo dia 2, isto é, exatamente 9 dias decorridos do início da terapêutica, a doente exibiu em todo o tegumento cutâneo, particularmente na face e nos membros, um exantema morbiliforme pruriginoso, com náuseas, vômitos, coriza, lacrimejamento e faringite. No dia posterior a temperatura subiu a 39,8º, para declinar em lise nos dias 4, 5, 6 e 7, quando atingiu a normalidade. Nesse interim, não se fez medicação de espécie alguma. A 8 de julho, desaparecido por completo o exantema, recomeçou-se o tratamento, na dose de 0,2g; surgiu novo exantema e na tarde dêsse mesmo dia a hipertermia foi a 39,8. Novamente suspensa a terapêutica, a temperatura desceu pouco e pouco, chegando à normalidade em 11 de julho. Feito novo exame de urina, havia a registrar tão só a presença de urobilina. Nessa altura, alegando a paciente imperiosa necessidade de retornar para sua residência, a fim de cuidar de filho menor enfêrmo, foi-lhe concedida alta da enfermaria. Transferida para o ambulatório, uma semana após tinha mais uma vez início o tratamento. Desapareceu a doente por alguns dias, para retornar queixando-se do ressurgir do eritema, com febre, e, negando-se peremptòriamente a prosseguir a terapêutica, abandonou de vez o Hospital.

2ª OBSERVAÇÃO

D. A., branca, 36 anos de idade, casada, natural desta cidade e aqui residente na rua Manuel Vitorino 241, casa 9.

Nos antecedentes pessoais, sarampo na infância.

Acometida de eritema polimorfo e de sífilis latente tardia, ingressou na 8ª Enfermaria da Fundação Gaffrée-Guinle em 13 de julho último.

Aparêlho cárdio-vascular: aortite incipiente. Pressão arterial: Máxima: 120 — Mínima: 80.

Exames complementares: Reações sorológicas para a lues: *positivas*. Exame de urina: urobilina aumentada.

Aparêlho gênito-urinário: endocervicite.

A 14 de julho teve início o tratamento dessensibilizante, mercê de injeções intramusculares de hipossulfito de magnésio a 10 %, 10cm3, e intravenosas de gluconato de cálcio a 10 %, 10cm3, em dias alternados. Duas semanas após, desaparecido por completo o eritema polimorfo, foi suspensa a terapêutica dessensibilizante e começou a antiluética, esta pela arsenoterapia intensiva com Arsenox, coadjuvada de extrato hepático; decorridos oito dias, a paciente acusou cefaléia e 39,4º de temperatura. A 6 de agôsto, exatamente no 9º dia após o início das injeções de Arsenox, surgiu-lhe na face, tronco e membros, exantema morbiliforme, com coriza, lacrimejamento e malestar. Suspendeu-se o arsenical, e nada mais se fez à guisa de terapêutica. Procedeu-se a novo exame de urina, que acusou traços leves de albumina e urobilina. Escoada uma semana, cessara de todo o exantema, podendo prosseguir a arsenoterapia. Não mais se observou reação de espécie alguma, com sintomatologia subjetiva ou objetiva. A doente foi transferida para o ambulatório, onde continua a tomar regularmente 0,06g de Arsenox em dias alternados.

Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia

DIRETORIAS (1950) (*)

Matriz

Presidente — Prof. F. E. Rabelo.
Vice-Presidente — Prof. M. Pereira Filho.
Vice-Presidente — Dr. Perilo G. Peixoto.
Secretário Geral — Dr. A. Padilha Gonçalves.
1.º Secretário — Dr. Rubem D. Azulay.
2.º Secretário — Dr. M. E. Abú-Merhy.
Tesoureiro — Dr. R. Vieira Braga.
Bibliotecário — Dr. Glyne L. Rocha.

Secção de Minas Gerais

Presidente — Dr. Josefino Aleixo.
Vice-Presidente — Dr. Osvaldo Costa.
Secretário Geral — Dr. Tancredo Alves Furtado.
1.º Secretário — Dr. João G. Assunção.
2.º Secretário — Dr. Geraldo Soares.
Tesoureiro — Dr. Paulo Cerqueira R. Pereira.
Bibliotecário — Dr. Ulisses Castanheira.

Secção do Rio Grande do Sul

Presidente — Prof. C. L. Pereira da Silva.
1.º Secretário — Dr. Ênio Campos.
2.º Secretário — Dr. Antônio Louzada.
Tesoureiro — Dr. Hailey Marques.
Bibliotecário — Dr. J. Pessoa Mendes.

Secção de São Paulo

Presidente — Dr. Afonso Bianco.
1.º Secretário — Dr. José Augusto Soares.
2.º Secretário — Dr. Luiz Dias Patricio.

(*) Não constam desta relação as Diretorias das Secções da Bahia e do Recife porque, apesar de reiteradamente solicitadas, não foram elas fornecidas em tempo.

COMITÊ DE DIREÇAO

PRESIDENTES HONORARIOS

GOUGEROT, H. (Prof. de dérmato-sifil. da Fac. de Med.) — 26, Boulevard Raspail (Paris, França).
PAUTRIER, L. M. (Prof. de dérmato-sifil. da Fac. de Med.) — 2, Quai Saint-Nicolas (Estrasburgo, França).

SÓCIOS HONORARIOS

ALMENARA, G. — Direção de Saúde Pública (Lima, Perú).
ASTOM, Mário — Cristoforo Colombo, 1 (Torino, Itália).
BASOMBRIO, Guillermo — Ayacucho, 1.031 (Buenos Aires, Argentina).
BUTLER, Charles — Montevidéu, Uruguai.
DENNIE, Charles C. — Kansas City, U.S.A.
DESSAUX, J. — 49, Rue de Coucelles (Paris, França).
ELLER, Joseph Jordan — 45, Fifth Avenue (New York, U.S.A.).
FAVRE, Maurice (Prof. de dérmato-sifil. da Fac. de Med.) — Place Bellecourt, 33 (Lyon, França).
FERNANDEZ, José Maria (antigo Prof. de dérmato-sifil. da Fac. de Ciências Médicas de Rosário) — 25 de Diciembre, 811 (Rosário, Argentina).
GRECO, N. — Buenos Aires, Argentina.
MACKEE, George Milles (Dir. do Serv. de Dérmato-Sifil. do "New York Post-Graduated Hospital-Columbia University") — 320, Seconde Avenue (New York, U.S.A.).
MARCHIONINI, A. — Ankara, Turquia.
MAY, J. — 1.444, av. Rondeau (Montevidéu, Uruguai).
MONTGOMERY, Hamilton (da Fundação Mayo) — Rochester, U.S.A.
NEKAM, L. (Prof. de dérmato-sifil. da Fac. de Med.) — Reaseda U. 4 (Budapest, Hungria).
OTEIZA SETIÉN, Alberto — Ave. de La República, 464-3er.pizo (Havana, Cuba).
PARDO-CASTELLÓ, V. — Consulado n. 7 (Havana, Cuba).
PENELA, Luiz de Sá (Chefe do Serv. de Dermat. e Venereol. do Hosp. do Destêrro) — Rua Marquês de Tomar, 7 (Lisboa).
PRIETO, José Gay (Prof. de dérmato-sifil. da Fac. de Med. de Madrid) — Calle Serrano, 20 (Madrid, Espanha).
PUJO Y MEDINA — Fac. de Med. (Santiago, Chile).
QUINTERO, N. — Buenos Aires, Argentina.
QUIROGA, Marcial (Prof. de dérmato-sifil. da Fac. de Ciências Médicas de Buenos Aires) — Santa Fé, 980 (Buenos Aires, Argentina).
RAGUSTIN, N. — Rodrigues Peña, 525 (Buenos Aires, Argentina).
REENSTIERNA, J. — Departamento de Higiene e Bacteriol. da Univ. de Upsala (Upsala, Suécia).
ROSENDE — Montevidéu, Uruguai.
SCHUJMANN, Salomão — Presidente Roca, 599 (Rosário, Argentina).
SCHUWARTZ, Louis — New York, U.S.A.
STOKES, John H. — (Prof. de dérmato-sifil. da Univ. de Pennsylvania) — Hospital Universitário, da Universidade de Pennsylvania (Philadelphia, U.S.A.).

UGARIZA, Ricardo (Prof. de dérmato-sifil. da Fac. de Med.) — Assunção, Paraguai.
URIBE, J. I. — Bogotá, Colômbia.
URIBURU, J. — Sargento Cabral, 837 (Buenos Aires, Argentina).
URUEÑA, J. Gonzales (Prof. de dérmato-sifil. da Fac. de Med.) — Av. Oaxaca, 80 (México, D. F.).

SÓCIOS CORRESPONDENTES

ABASCAL, Horácio (Chefe do Serv. de Profil. Ven. do Ministério da Saúde) — Neptuno, 164 (Havana, Cuba).
ALMENDRA, Jaime (Dir. do Serv. de Dermat. do Hosp. da Marinha) — Rua Artilharia Um, 140 — 1.º (Lisboa, Portugal).
BARBA RUBIO, José (Prof. Adj. de dérmato-sifil. da Fac. de Ciências Médicas e Biológicas da Univ. de Guadalajara) — Edificio Lutecia Desp. 117-118 (Guadalajara, Jal., México).
BORDA, Julio Martin — Cordoba, 1237 — 9.º P. (Buenos Aires, Argentina).
CARRASCO, Manoel Caeiro (Dir. do Serv. de Dermat. do Hosp. de Santo Antônio dos Capuchos) — C. do Sacramento, 7 — 2.º (Lisboa, Portugal).
CHANÁ, Pedro Chariola — Miraflores, 613 (Santiago, Chile).
CHEDIAK, Alejandro — San Lazaro, 173 (Havana, Cuba).
COLE, Harold Newton (Prof. de dérmato-sifil. da "Western Reserve University) — 1.352, Hanna Building — Euclid at 14 th St. (Cleveland, U.S.A.).
CONTRERAS, Félix (Secrt. Geral da Acad. Espanhola de Dermat. e Sif.) — Villanueva, 43 (Madrid, Espanha).
CORDERO, Alejandro A. — Carlos Pellegrini, 1560 (Buenos Aires, Argentina).
CONVIT, Jacinto — San Bernardino — Av. Avilla — Quinta Ana (Caracas, Venezuela).
DEGOS, Robert (Secret. Geral da Soc. Franc. de Dermat. e Sif.) — 20, rue de Penthièvre (Paris — 8e, França).
DRIVER, James R. (Prof. Assoc. de Dermat. na "Western Reserve University) — Cleveland, U.S.A.
ELLIOT, David C. (Sifilologista do "United States Public Health Service"). Veterans Administration, Area Medical Office, Fort Snelling, Saint Paul, 11, Minnesota, U.S.A.
ESTEVES, Juvenal Alvarez (Dermatologista dos Hospitais Civis) — Rua da Emenda, 76 — 1.º (Lisboa, Portugal).
FERRARI, Alexandro (Livre-doc. de dermat. em Torino e redator do "Il Dermosifilografo") — Corso Matteoti, 28 (Torino, Itália).
GARZON, Rafael (Prof. de dérmato-sifil. da Fac. de Med.) — Entre Rio, 372 (Cordoba, Argentina).
GIMENEZ, Manuel — Necochea, 148 (Resistência — Chaco, Argentina).
GRACE, Arthur W. (Prof. de dérmato-sifil. do "Post-Graduated Colege of Medicine") — 11 Schermerhorn Street (Brooklin, N. Y. — U.S.A.).
GUILLOT, Carlos Frederico (Assist. da Div. Dérmato-Venereol. da Dir. Nac. de Saúde Pública) — Puerrydon, 1.780 (Buenos Aires, Argentina).
KAHN, Reuben L. — Univ. de Michigan, Hospital Universitário (Ann — Arbor — Michigan, U.S.A.).
LEON BLANCO, Francisco — Calle 16, n. 27 (Miramar, Cuba).
LIEPIAVKA, Arseny D. — Av. Chapultepec, 401 (México, D.F.).
MAHONEY, J. M. — "Marine Hosp. — Staten Island" (New York, U.S.A.).
MARQUES, J. Ferreira — Lisboa, Portugal.
MOM, Arturo Manrique — México, 823 (Buenos Aires, Argentina).
NEGRONI, Pablo — Pichincha, 830 (Buenos Aires, Argentina).
NOUSSITOU, Fernando Martin — Santa Fé, 1.394 (Buenos Aires, Argentina).
NUERENBERG, Alberto — Rosário, Argentina.
OBBANEJA, José Gomes (Prof. de dérmato-sifil. da Fac. de Med. de Valladolid) Calle de Almagro, 12 (Madrid, Espanha).
PASCHER, Frances (Assist. do "New York Post Grad. (Skin & Cancer)" — New York, U.S.A.

PESCE, Hugo (Médico-chefe do "Servicio Antileproso de Apurimac") — Andahuáilas, Perú.

PESSOLANI CORDONE, Domingo (Chefe do Serv. de Venereol. do Hosp. Mil. Central de Assunção) — 25 Noviembre, 497 (Assunção, Paraguai).

PEYRI, G. Mercadal (Prof. Adj. de dermat., em Barcelona) — Via Layetana, 167 (Barcelona, Espanha).

PIERINI, Luiz — Buenos Aires, Argentina.

PRATS, Florêncio (Chefe da Secção C do Hosp. S. Luiz) — Calle José Manuel Infante, 438 (Santiago, Chile).

PRUNES, R. Luiz (Prof. de dérmato-sifil. da Fac. de Med.) — Sto. Domingo, 504 (Santiago, Chile).

REIN, Charles R. (Chefe do Serv. de Sorol. do Exército Amer. — "N. Y. Post Graduated M. School (Skin & Cancer Unit)" — New York, U.S.A.

RODRIGUEZ ESTIGARRIBIA, Eduardo — Tenente Farina, 485 (Assunção, Paraguai).

SALAZAR, Delfin Elizondo — São José, Costa Rica.

SAMPAIO, Antônio Neves (Dir. do Serv. de Dermat. do Hosp. Infantil de S. Roque) — Av. da Liberdade, 140-1.º (Lisboa, Portugal).

SAMPAIO, Otávio Meneres (Dermatologista dos Hospitais Civis) — Av. Praia da Vitória, 13-3.º (Lisboa, Portugal).

SERIAL, Augusto (Chefe do Lab. da cátedra de dérmato-sifil. da Fac. de Med.) — Hosp. Intendente Carrasco (Rosário, Argentina).

SUÁREZ, Jorge — Pichincha, 450 (La Paz, Bolivia).

SULZBERGER, Marion B. — Univ. de Colúmbia, U.S.A.

TELLO, Enrique Estanislao (Chefe do Serv. de Dermat. do Hosp. São Roque) — Av. Olmos, 165-A, piso-Depto. 13 (Cordoba, Argentina).

TIANT, Francisco R. — San Lazaro, 464 (Havana, Cuba).

TZANCK, Arnault (Chefe da Clin. Dérmato-Sifil. do Hosp. S. Luiz) — Paris, França.

VEGAS, Martins (Prof. da Fac. de Medicina da Venezuela).

VIGNALE, Bartolomé (Prof. de dérmato-sifil. da Fac. de Med.) — 18 de Julio, 1.323, piso 1 (Montevidéu, Uruguai).

WADE, Howard Windson (da "Leonard Wood Memorial") — New York, U.S.A.

WISE, Fred (Prof. de dérmato-sifil., do "New York Post-Graduated Medical School-Columbia University") — 816, Fifth Av. (New York, 21, U.S.A.).

SÓCIOS EFETIVOS

ABDALLA, Jaime (Dermatologista do Inst. de Aposent. e Pensões dos Marítimos) — Rua S. Francisco Xavier, 703 (Rio).

ABREU, José Eduardo de (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med.) — Av. Augusto Severo, 78 — apto. 6 (Rio).

ABREU, Wilson Marques de (Dermatologista do Depart. de Saúde Escolar; Médico Adjunto da Sta. Casa de Misericórdia) — Av. Paulo de Frontin, 330 (Rio).

ABU-MERHY, Miguel Elias (do Depart. de Saúde Escolar) — Av. Osvaldo Cruz, 103 — apto. 704 (Rio).

AGRÍCOLA, Ernani (Dir. do Serv. Nac. de Lepra, do M.E.S.) — Rua Alexandre Ferreira, 8 (Rio).

AGUIAR, Otávio Garcez — Rua Teodoro Sampaio, 16 (Salvador).

AGUIAR PUPO, João de (Prof. de dérmato-sifil. da Fac. de Med. da Univ. de São Paulo) — Av. Angélica, 1920 (São Paulo).

ALAYON, Fernando — Av. Pacaembú, 1.088 (São Paulo).

ALCÂNTARA MADEIRA, J. — Rua Bragança, 97 — Perdizes (S. Paulo).

ALEIXO, Josefino — Rua Itajubá, 250 (Belo Horizonte).

ALMEIDA, Edson de (Chefe de Clin. Dérmato-Sifil. do Hosp. dos Servidores do Estado) — Rua Laranjeiras, 210 — apto. 1.111 (Rio).

ALMEIDA, Teófilo (Ex-Dir. da Div. de Organ. Hosp. do M.E.S.) — Rua Aristides Espínola, 6 (Rio).

ALONSO, Carlos (Assist. da Enf. 26, da Santa Casa de Misericórdia) — Praia do Gragoatá, 3 (Niterói, Est. do Rio).

ANTUNES, Almir Gusmão (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med.; Dermatologista da Beneficência Portuguêsa) — Av. Atlântica, 524-6.º (Rio).

AQUINO, Ulisses Mota de (da Div. de Organ. Sanit. do M.E.S.) — Rua do Catete, 247-C/3 (Rio).

ARANHA CAMPOS, José — Rua D. Hipólito, 786 (São Paulo).

ARÊA LEÃO, A. E. (Chefe de Lab. do Inst. Osvaldo Cruz) — Rua México, 164-1.º (Rio).

ASSIS, José de (da Sta. Casa de Misericórdia de Pelotas) — Sta. Casa de Misericórdia de Pelotas (Rio Grande do Sul).

AZEVEDO, Sérgio (Assist. do Serv. Nac. de Câncer, do M.E.S.) — Av. Epitácio Pessoa, 724 (Rio).

AZULAY, Rubem D. (Doc.-livre da Fac. Nac. de Med. e da Fac. Flum. de Med.) — Rua 5 de Julho, 88 (Rio).

BACARINI, Iracema (Belo Horizonte).

BANDEIRA, Ruben da Rocha — Av. Protásio Alves, 403 (Pôrto Alegre).

BARACHO, Raimundo (Médico do Depart. de Saúde de Pernambuco) — Av. José Rufino, 2.619 — Barro (Recife).

BARROS, Osvaldo de Toledo (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med.) — Rua Assembléia, 96-4.º, S/45 (Rio).

BASTOS, Arnaldo — Rua Prof. França, 9 (Salvador).

BECHELLI, Luiz Marino — Rua Artur Azevedo, 566 (S. Paulo).

BIANCO, Afonso — Rua Castro Alves, 469 — (S. Paulo).

BICUDO JÚNIOR, J. da Fonseca — Largo Padre Péricles, 48 (S. Paulo).

BOPP, Clóvis — Rua Cristóvão Colombo, 2.752 (Pôrto Alegre).

BRITO, Paulo de Souza — Rua Paissandú, 397 — Partenon (Pôrto Alegre).

BUAIZ, Luiz — Rua 23 de Maio, 359 (Vitória).

CALDAS, Heráclito (da Fund. Gaffreé-Guinle) — Av. Princesa Isabel, 58-B, apto. 61 (Rio).

CAMPOS, Ênio Candiota de (Chefe de Clin. do Serv. de Dérmato-Sifil. da Sta. Casa de Pôrto Alegre; dermatologista do Depart. Estadual de Saúde) — Rua Quintino Bocaiuva, 1.394 (Pôrto Alegre).

CAMPOS, Silvio — Rua Artur Orlando, 117 (Recife).

CAMPOS MELO, Luiz (Chefe do Serv. de Doenças Venéreas, do Dist. Fed.) — Rua México, 31, apto. 301 (Rio).

CANTÍDIO, Valter Moura (Chefe do Serv. de Profil. da Lepra, do Ceará) — Caixa postal 427 (Fortaleza).

CARVALHO, Ulisses Castanheira de (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Santa Casa de Belo Horizonte) — Rua Piauí, 953 (Belo Horizonte).

CASTELAR, Valter Roversi (Assist. do Ambul. 25 da Santa Casa de Misericórdia) — Rua Carvalho Mendonça, 29, apto. 404 (Rio).

CASTRO, Clóvis de — Edifício Automóvel Clube, apto. 113 — Rua Alvares Cabral (Belo Horizonte).

CASTRO BARBOSA, Paulo de (Chefe do Serv. de Dérmato-Sifil. da Policl. de Botafogo; Assist. da Enf. 26, da Sta. Casa de Misericórdia) — Rua Hilário de Gouveia, 61, apto. 602 (Rio).

CAVALCANTI, Jorge Duarte Quintela (Dermatologista do Inst. de Aposent. e Pensões dos Empregados em Transp. e Cargas) — Praça Gonçalves Ledo, 219 (Maceió).

CERRUTI, Humberto — Rua Gabus Mendes, 19, apto. 50 (S. Paulo).

CHAVES, Olimpio (Livre-doc. da Fac. Nac. de Med.) — Rua Assembléia, 121-2.º (Rio).

CLAUSELL, Domingos Tellechea — Rua Barata Ribeiro, 616, apto. 608 (Rio).

CONCEIÇÃO, José Oliveira — Rua Jacinto Gomes, 152 (Pôrto Alegre).

CORDEIRO, Antônio Geraldo — Av. 7 de Setembro, 245, apto. 11 (Salvador).

COSTA, Osvaldo Gonçalves (Livre-doc. e Assist. da Clin. de Sif. e Moléstias da Pele da Fac. de Med. da Univ. de Minas Gerais) — Rua Ceará, 1.991 (Belo Horizonte).

COSTA, Paulo Dias da (Chefe da Clin. de Alergia do Hosp. Central da Aeronáutica) — Trav. das Escadinhas, 8 (Rio).

COSTA JÚNIOR, Antônio Fernandes da (Livre-doc. e Chefe de Clin. da Fac. Nac. de Med.) — Rua México, 98-4.º (Rio).

COZZOLINO, Danilo (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Esc. de Med. e Cir.) — Rua Vicente Licinio, 96 (Rio).

CRUZ, Osvaldo Rosa de Vasconcelos (Assist. do Hosp. dos Servidores do Estado) — Rua Costa Bastos, 114 (Rio).

CUNALI, Humberto (do Hosp. S. Francisco de Assis, de Ribeirão Preto) — Caixa Postal 34 (Ribeirão Preto).

CUNHA, Afrânio Rodrigues da (Chefe da Clin. Dérmato-Sifil. da Sta. Casa de Uberaba) — Rua Sto. Antônio, 8 (Uberaba).

CUNHA, Custódio Vieira da — Rua 24 de Outubro, 1.676 (Pôrto Alegre).

CUNHA, Heitor de Oliveira (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med.) — Rua Conde de Bonfim, 423 (Rio).

DACORSO NETO, Paulo (Prof. de Anat. Patol. da Esc. Nac. de Veter.) — Rua Maestro Francisco Braga, 460 — apt. 204 (Rio).

DIFINI, Joaquim Montano (Dir.-Médico do I.P.A.S.E.) — Rua Paissandú, 223 (Rio).

DINIZ, Orestes (Dir. da Div. de Lepra, do Depart. Estadual de Saúde) — Rua Emboabas, 619 (Belo Horizonte).

DROLHE DA COSTA, Edgar Gomensoro (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med.) — Rua Jardim Botânico, 86 (Rio).

FAILLACE, Jandir Maia (Livre-doc. da Fac. de Med. de Pôrto Alegre) — Rua Duque de Caxias, 832 (Pôrto Alegre).

FERREIRA FILHO, Joaquim Martins (Cap.-Tte. Méd. Dermatologista do Hosp. Central da Marinha) — Rua Mal. Mascarenhas de Morais, 89, apto. 201 (Rio).

FERREIRA DA ROSA, Amilcar — Rua Senador Dantas, 20 — sala 801 (Rio).

FIALHO, Amadeu (Prof. da Fac. Nac. de Med.) — Rua Almirante Cockrane, 23 (Rio).

FIALHO, Francisco (Assist. do Serv. Nac. de Câncer) — Rua Almirante Cockrane, 23 (Rio).

FIQUENE, Salomão — Rua 13 de Maio, 503 (S. Luiz).

FOIGEL, Simão (Chefe de Clin. do Hosp. Pedro II; Médico do Serv. de Profil. das Doenças Ven.) — Rua da Saudade, 96 (Recife).

FONSECA, filho, Olimpio da (Dir. do Inst. Osvaldo Cruz; Prof. da Fac. Nac. de Med.) — Rua Marquês de Olinda, 18 (Rio).

FONTE, Joir (do Serv. Nac. de Lepra, do M.E.S.) — Av. 13 de Maio, 37-1.º (Rio).

FRAGA, Arminio (Livre-doc. da Fac. Nac. de Med.) — Rua Debret, 79-7.º — sala 705 (Rio).

FRANCA, Otorino — Rua Barros Cassal, 481 — apto. 6 (Pôrto Alegre).

FURTADO, Tancredo Alves — Rua Alvarenga Peixoto, 966 (Belo Horizonte).

GABBAY, Isaac (Assist. do Serv. de Dermat. do Hosp. dos Serv. do Estado) — Rua Carvalho de Mendonça, 13 — apto. 703 (Rio).

GENÚ, Hermane Alfredo Pequeno (do Hosp.-Col. Curupaiti) — Rua Maia Lacerda, 78 (Rio).

GENÚ, J. Oriente de Arruda (do Hosp.-Col. Curupaiti) — Rua México, 41-16.º — sala 1.602 (Rio).

GERBASE, José (Dermatologista, em Pôrto Alegre) — Rua Hilário Ribeiro, 299 (Pôrto Alegre).

GOMES, Graco Leite (Chefe do Serv. de Dérmato-Sifil. do Inst. de Aposent. e Pensões dos Empregados em Transp. e Cargas) — Praça Floriano, 55-4.º (Rio).

GONSALVES, Benjamin (Chefe de Secção da Diret. de Saúde do Exército) — Rua Camaragibe, 13 (Rio).

GONTIJO ASSUNÇÃO, João Batista (Assist. da Clin. Dérmat.-Sifil. da Santa Casa de Belo Horizonte) — Rua Bernardo Guimarães, 2.535 (Belo Horizonte).

GONZAGA DE CASTRO, Luis (do Corpo de Saúde Naval) — Rua Júlio de Castilhos, 61 — casa 6 (Rio).

GRECO, J. B. (Alergista, em Belo Horizonte) — Rua Juiz de Fora, 549 (Belo Horizonte).

GUIMARÃES, Heitor — Rua Siqueira Campos, 1.179 (Pôrto Alegre).

GUIMARÃES, José Luiz — Alameda Nothmann, 668 (S. Paulo).

GUIMARÃES, Newton Alves (Livre-doc. e Assist. de Microbiol. da Univ. da Bahia) — Rua Haddock Lobo, 127 — apto. 202 (Rio).

LACAZ, Carlos da Silva (Livre-doc. e 1.º Assist. da cad. de Microbiol. e Imonol. da Fac. de Med. da Univ. de S. Paulo) — Av. Dr. Arnaldo, 1 (Lab. de Microbiol.) (S. Paulo).

LAGENNE, Paulo Cardoso — Rua Alcindo Guanabara, 15-A-4.º (Rio).

LEITÃO, Albino — Rua Campo Grande, 15 (Salvador).

LEVI, Alberto Simão — Rua Santo Amaro, 14 — apto. 75 (Rio).

LIMA, Erasmo — Rua S. José, 85-6.º (Rio).

LIRA, Olavo de Andrade (Dermatologista do Centro de Saúde n.º 10 e do Inst. Clinico de Madureira) — Av. Maracanã, 33 (Rio).

LOBO, Jorge (Prof. de Dêrmato-Sifil. da Fac. de Med. da Univ. do Recife) — Rua Amaro Bezerra, 584 (Recife).

LOBO, Jorge Ernesto de Souza — Rua Oliveira da Rocha, 54 — apto. 301 (Rio).

LOBO, Paulo de Souza (Chefe do Serv. de Dermat. e Radiol. da Polici. de Pescadores) — Av. Graça Aranha, 333-2.º — sala 209 (Rio).

LOPES, Cid Ferreira — Rua Piauí, 923 (Belo Horizonte).

LOPEZ, Aurélio Ancona (Dermatologista do Hosp. do Serv. Social de Menores) — Rua Manoel da Nóbrega, 151 (São Paulo).

LOUZADA, Antônio — Rua Santa Terezinha, 186 (Pôrto Alegre).

MACHADO, Osolando Judice (do Serv. Nac. de Câncer, do M.E.S.) — Av. Graça Aranha, 333-2.º — sala 209 (Rio).

MAGALHÃES GOMES, Edgard (Prof. da Fac. Nac. de Med.) — Rua México, 41-18.º — sala 1.804 (Rio).

MALAQUIAS, Guilherme (Dir. do Serv. de Lepra do Dist. Fed.) — Av. N. S. de Copacabana, 408 — apto. 12 (Rio).

MANGABEIRA, Gilberto (Dir. do Hosp.-Col. Curupaiti) — Rua Godofredo Viana, 64 (Rio).

MARSIAJ, Nino (Doc.-livre da Fac. de Med. de Pôrto Alegre) — Caixa Postal 265 (Pôrto Alegre).

MARGUTTI, Luiz (do Hosp. S. João Batista da Lagoa e da Cruz Vermelha Brasil.) — Rua Adalberto Ferreira, 68 — casa 10 (Rio).

MARQUES, Halley — Rua Mal. Floriano, 362 (Pôrto Alegre).

MARQUES, Artur Pôrto (Assist. do Hosp.-Col. Curupaiti) — Av. Portugal, 386 — apto. 64 (Rio).

MARQUES DOS SANTOS, Everardo (Assist. da Enf. 26 da Sta. Casa de Misericórdia do Rio) — Rua Gal. Pereira da Silva, 47 — Icaraí (Niterói, Estado do Rio).

MARTINS DE CASTRO, Abilio (Dermatologista, em S. Paulo) — Rua Veiga Filho, 259 (S. Paulo).

MEDEIROS, Ceci Mascarenhas (Assist. da Clin. Dêrmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med.) — Av. Lineu Paula Machado, 18 (Rio).

MENDES, José Pessoa (Dermatologista, em Pôrto Alegre) — Rua Andradas, 1.428-2.º (Pôrto Alegre).

MENDES DE CASTRO, Benedito (Dermatologista do Serv. de Saúde Escolar) — Rua Atlântica, 463 (S. Paulo).

MENDONÇA, Adolfo Bahia (Prof. Livre da Faculdade de Med. da Univ. da Bahia; Médico do Depart. Estadual de Saúde) — Av. Joana Angélica, 185 (Salvador).

MENEZES, Dardo (Dermatologista e venereologista, em Uruguaiana) — Rua Gal. Bento Martins, 32 (Uruguaiana).

MESQUITA, André Petrarca de (Dermatologista do Inst. de Aposent. e Pensões dos Empregados em Transp. e Cargas) — Rua Prof. Gabizo, 157 (Rio).

MIRANDA, Rui Noronha (Prof. de Dêrmato-Sifil. da Fac. de Med. da Univ. do Paraná) — Rua da Glória, 399 (Curitiba).

MIRANDA, Valdemir (Livre-doc. da Fac. de Med. da Univ. do Recife; Dir. da Casa de Saúde S. Marcos) — Av. Portugal, 52 (Recife).
MIRANDA JÚNIOR, João (Dermatologista da Ordem Terc. da Penitência) — Rua Uruguaiana, 12-3.º (Rio).
MOLLO, Miguel Agostinho Risola (Dermatologista do Inst. de Aposent. e Pensões dos Comerc.) — Rua Joaquim Murtinho, 192 — apto. 8 (Rio).
MONTEIRO, Alfredo Bahia — Rua Fernando Alves, 4 (Salvador).
MONTEIRO, Antônio Mendes — Rua Senador Dantas, 20-13.º — sala 1.307 (Rio).
MORAIS, José Dias de (Dermatologista, em Santos) — Rua Vasconcelos Tavares, 25 (Santos).
MORAIS, Rui Gomes de (Prof. da Fac. Nac. de Farmácia e da Esc. de Med. e Cir.) — Rua México, 164-2.º — sala 27 (Rio).
MOREIRA DA FONSECA, Joaquim (Prof. da Fac. Nac. de Med.) — Rua S. José, 85-5.º (Rio).
MOSES, Artur — Rua Rosário, 134-1.º (Rio).
MOTA, Joaquim Pereira da (Prof. de Dermat. da Fac. de Ciências Médicas; livre-doc. da Fac. Nac. de Med.) — Rua Rodrigo Silva, 34-A, 2.º (Rio).
MOURA, Aureliano Matos de (Dir. da Div. de Lepra do Dep. de Saúde do Paraná) — Rua Lamenha Lins, 88 (Curitiba).
MOURA COSTA, Henrique de (Dir.-Técnico da Fund. Gaffrée-Guinle) — Trav. João Afonso, 38 (Rio).
NEGREIROS, Eleutério Brum — Av. Almte. Barroso, 97-7.º — sala 704 (Rio).
NEVES, Armando — Col. Santa Izabel (Belo Horizonte).
NIEMEYER, Armin — Rua Vigário José Inácio, 311-2.º (Pôrto Alegre).
NOGUEIRA, Cássio (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med.) — Rua Assembléia, 104-5.º — sala 502 (Rio).
NOLASCO, Arnaldo (Assist. da Clínica Dérmato-Sifil. da Fac. de Med. da Univ. do Recife) — Rua da Saudade, 313 (Recife).
OLIVEIRA LIMA, A. — Av. Rio Branco, 277-12.º, s. 1.210 (Rio).
OLIVEIRA LIMA, Silvano de (do Hosp.-Col. Curupaiti) — Rua Godofredo Viana, 64 (Rio).
ORSINI DE CASTRO, Olinto (Prof. de Dérmato-Sifil. da Fac. de Med. da Univ. de Minas Gerais) — Av. Paraná, 430 (Belo Horizonte).
PADILHA GONÇALVES, Antar (Dermatologista do Banco do Brasil S/A; Assist. de dérmato-sifil. da Esc. de Med. e Cir.) — Av. Ataulfo de Paiva, 1.079 (Rio).
PAES DE OLIVEIRA, Paulo (Médico do Exército) — Av. Pasteur, 168-7.º, apto. 703 (Rio).
PAGNANO, Dilermando da Silveira (Dermatologista e radioterapeuta do Pav. Tinoco Cabral, da Sta. Casa de Ribeirão Preto) — Rua Garibaldi, 108 (Ribeirão Preto).
PAIVA, Gustavo (Assist. da Clin. Dermat.-Sifil. da Sta. Casa de Belo Horizonte) — Rua Fernandes Tourinho, 965 (Belo Horizonte).
PARREIRAS HORTA, Paulo (Prof. de Dérmato-Sifil. da Fac. Flum. de Med.) — Rua Barão de Lucena, 81 (Rio).
PEIXOTO, Perilo Galvão (Dermatologista do I.P.A.S.E.) — Rua Dias Ferreira, 45, apto. 203 (Rio).
PEIXOTO GUIMARÃES, José Pena (Dermatologista do Inst. de Aposent. e Pensões dos Comerc.) — Rua Clarimundo de Melo, 1.101 (Rio).
PENALVA COSTA, Fábio (Assist. da Fac. Nac. de Med.) — Rua México, 98-4.º (Rio).
PEREIRA, Antônio Carlos — Rua Oscar Vidal, 492 (Juiz de Fora).
PEREIRA, Oaci Carlos — Av. Atlântica, 66-8, apto. 118 (Rio).
PEREIRA FILHO, Manoel (Prof. de Microbiol. da Fac. de Med. da Univ. de Pôrto Alegre) — Rua Pinto Bandeira, 331 (Pôrto Alegre).
PEREIRA DA SILVA, Carlos Leite (Prof. de dérmato-sifil. da Fac. de Med. da Univ. de Pôrto Alegre) — Rua Dr. Timóteo, 395 (Pôrto Alegre).
PEREIRA GOMES, Rui (Dermatologista do Serv. Méd. do Ministério da Fazenda) — Rua Marquês de Pinedo, 71 (Rio).

PEREIRA RÊGO, Aguinaldo (Livre-doc. da Fac. Nac. de Med.) — Rua Tereza Guimarães, 144 (Rio).
PERIASSÚ, Demétrio Bezerra Gonçalves (Livre-doc. da Fac. Nac. de Med.; Chefe de Clin. da Esc. de Med. e Cir.) — Av. N. S. de Copacabana, 664-9.º, apto. 903 (Rio).
PINTO, José Thiers (Chefe de lab. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med.) — Rua Prof. Estelita Lins, 63 (Rio).
PIRES, Valdemiro (Dir. do Hosp. de Neuro-Psiquiatria Infantil, do S.N.D.M., do M.E.S.) — Rua Debret, 79-4.º, s. 405 (Rio).
PLASCÊNCIA FILHO, Félix (Médico venereol. do Depart. de Saúde do Rio Grande do Sul) — Rua Andradas, 1.073-3.º, apto. 1 (Pôrto Alegre).
PORTELA, Osvaldo Baltazar (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med.) — Rua Buenos Aires, 70-5.º (Rio).
PÔRTO, Jarbas Anacleto (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. do Hosp. dos Servidores do Estado) — Av. Rio Branco, 116-14.º, s. 1.406 (Rio).
PORTUGAL, Hildebrando Marcondes (Livre-doc. e Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med.; Prof. de Histol. da Fac. de Ciências Médicas) — Rua Prudente de Morais, 1.189 (Rio).
PORTUGAL, Osvaldo — Rua Batatais, 538 (S. Paulo).
PROENÇA, Paulo (ex-Chefe de Lab. da antiga Insp. de Profil. da Sífilis, Lepra e Doenças Ven.) — Rua Voluntários da Pátria, 286 (Rio).
RABELO, Eduardo (1) (Prof. de dérmato-sifil. da Fac. Nac. de Méd.).
RABELO, Francisco Eduardo Acióli (Prof. de dérmato-sifil. da Fac. Nac. de Med.) — Rua Alcindo Guanabara, 15-A-7.º (Rio).
RAMOS E SILVA, João (Prof. de dérmato-sifil. da Esc. de Med. e Cir.) — Av. 13 de Maio, 37-3.º (Rio).
RIBEIRO NETO, Domingos Oliveira (Livre-doc. e Assist. de dérmato-sifil. da Fac. de Med. da Univ. de S. Paulo) — Rua Peixoto Gomide, 1.665 (São Paulo).
RISI, João Batista (do Serv. Nac. de Lepra, do M.E.S.) — Rua Gastão Gonçalves, 31 (Niterói).
RIETMANN, Bruno — Lad. de S. Bento, 8 (Salvador).
ROCHA, Clóvis Soisson da — Rua Castro Alves, 74 (Rio).
ROCHA, Darcy (Livre-doc. e Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. de Med. da Univ. de Pôrto Alegre) — Rua Azenha, 705 (Pôrto Alegre).
ROCHA, Glyne Leite (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med.) — Rua México, 41-5.º, bloco 52 (Rio).
ROCHA, Maria Clara M. da (Doc. livre de Clin. Pediátrica e Hig. Infantil da Fac. de Med. de Pôrto Alegre) — Rua Gal. Vitorino, 273, apto. 3 (Pôrto Alegre).
ROSSAS, Tomaz Pompeu (Méd. Sanitarista do M.E.S.) — Rua Dracena, 106 apto. 102 (Rio).
ROSSETI, Nicolau (Prof. de dérmato-sifil. da Esc. Paul. de Med.) — Rua Pernambuco, 46 (S. Paulo).
ROTBERG, Abraão (Médico de Depart. de Profil. da Lepra) — Rua Vieira de Carvalho, 122 (S. Paulo).
RUTOWITSCH, Mário (Livre-doc. da Fac. Nac. de Med.; Chefe do Serv. de Dérmato-Sifil. do Hosp. dos Servidores do Estado) — Rua Otávio Correia, 253 (Rio).
SÁ E SILVA, Lauro (Radiologista da Assistência Municipal) — Rua Alcindo Guanabara, 15-A-7.º (Rio).
SALIBA, Nagib — Av. Augusto de Lima, 1.568 (Belo Horizonte).
SAMPAIO, Sebastião de Almeida Prado — Rua Marquês de Itú, 1.005 (S. Paulo).
SANSON, Raul D. de (Prof. da Fac. Nac. de Med.; Chefe de Serv. da Policl. de Botafogo) — Rua Debret, 79-2.º, s. 201 (Rio).

---

(1) Falecido em 1940. Seu nome será perpètuamente conservado na lista dos componentes da Sociedade, de acôrdo com deliberação tomada em sessão de outubro de 1940.

SANTOS, Carlos Candal dos (Doc. de Patol. Geral da Fac. de Med. de Pôrto Alegre) — Rua Andradas, 1.534, térreo, fundos (Pôrto Alegre).

SATTAMINI, Eduardo (Assist., aposentado, do Inst. de Radiumterapia da Fac. Nac. de Med.) — Rua Conde de Bonfim, 25 (Rio).

SCALDAFERRI, Nicolau (do Serv. de Lepra do Dist. Fed. — Distrito Sanitário n.º 1) — Rua Evaristo da Veiga, 49, apto. 601 (Rio).

SERRA, Osvaldo (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. Nac. de Med.) — Rua Alegrete, 5, apto. 15 (Rio).

SERSON, Basil (Prof. de Med. Trop. da Fac. de Med. de Pôrto Alegre) — Dua Dinarte Ribeiro, 116 (Pôrto Alegre).

SILVA, Alcides de Azevedo (da Fund. Gaffrée-Guinle e do Hosp. Geral da Sta. Casa de Misericórdia) — Rua Barão de Itapagipe, 117 (Rio).

SILVA, Cândido de Oliveira e (Assist. do Inst. de Leprol. do Serv. Nac. de Lepra) — Rua Eng. Pena Chaves, 15, apto. 202 (Rio).

SILVA, Flaviano (Prof. de dérmato-sifil. da Fac. de Med. da Univ. da Bahia) — Praça D. Pedro II, 101 (Salvador).

SILVA, Ives Palermo da — Praça D. Pedro II, 101 (Salvador).

SILVA, Newton Neves da — Av. Bastion, 528 (Pôrto Alegre).

SILVEIRA, Edú Dias da (Assist. de Microbiol. da Fac. de Med. de Pôrto Alegre) — Pano da Area, 5.926 (Pôrto Alegre).

SOARES, José Augusto — Rua Castro Alves, 53 (S. Paulo).

SOUZA, Cristóvão Colombo de (da Esc. Veter. do Exército) — Rua Visc. de Sta. Izabel, 511- apto. 205 — (Rio).

SOUZA, Francisco Chagas (Doc. de Microbiol. da Fac. de Med. de Pôrto Alegre — Rua Coronel Bordini, 487 (Pôrto Alegre).

SOUZA-ARAÚJO, Heráclides César de (Chefe de Lab. do Inst. Osvaldo Cruz) — Av. 13 de Maio, 37-1.º (Rio).

SOUZA COELHO, Roberto de — Av. Rio Branco, 251-11.º (Rio).

SOVERAL, Ivo — Av. 7 de Setembro, 65 (Salvador).

TERRA, Fernando (2) (Prof. de dérmato-sifil. da Fac. Nac. de Med.).

TOSTES DE CAMPOS, José (do Lab. Central de Saúde Pública do Est. do Rio) — Rua Tavares Macedo, 222 (Niterói).

TÔRRES, Maria Imaculada Bergo — Rua Padre Eustáquio, 665 — Carlos Prates (Belo Horizonte).

TÔRRES, Otávio (Prof. da Fac. de Med. da Univ. da Bahia) — Av. Joana Angélica, 85 — Campo da Pólvora (Salvador).

TRAMUJAS, Armando (Assist. da Clin. Dérmato-Sifil. da Fac. de Med. da Univ. do Paraná) — Rua do Rosário, 99 (Curitiba).

TREUHERZ, Valter — Rua Barão de Itapetininga, 120-7.º (S. Paulo).

VIEIRA, João Paulo — Rua Libero Badaró, 488-3.º (S. Paulo).

VIEIRA, José Rêgo (Médico do Depart. de Doenças Ven. do Recife; Assist. da Clin. Dermatol. do Hosp. Sto. Amaro) — Rua Aragão, 108 (Recife).

VIEIRA BRAGA, Raul (Dermatologia do Inst. de Aposent. e Pensões dos Ind.) — Rua Clóvis Beviláqua, 139 (Rio).

VILAS BOAS, Jaime (do Corpo de Saúde do Exército) — Rua Barão de Itaipú, 133 (Rio).

VILAS BOAS, Norberto d'Avila (do Serviço de Dermatologia da Fund. Gaffrée-Guinle) — Rua Barão de Itaipú, 133 (Rio).

VIANA, João Bancroft (Assist.-Cirurgião do Serv. Nac. de Câncer do M.E.S.) Rua Assembléa, 15-4.º, s. 46 (Rio).

VILLELA PEDRAS, José Augustb (do Serv. de Doenças Ven. do Dist. Fed.) — Rua México, 98-4.º (Rio).

XAVIER, Alvorino Mércio — Rua Goitacaz, 223 (Pôrto Alegre).

(2 Falecido em 1947. Seu nome será permanentemente conservado na lista dos componentes da Sociedade, de acôrdo com deliberação tomada na sessão de maio de 1947.

ZAMITH, Vinicio de Arruda (Adjunto efetivo da 4.ª M.H. da Sta. Casa de São Paulo) — Rua Lupércio de Camargo, 36 (S. Paulo).
ZÃO, Arnaldo (Médico do Hosp.-Col. Curupaiti) — Rua Godofredo Viana, 64 (Rio).

ESTATUTOS DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

Art. 1. A Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, fundada em 5 de fevereiro de 1912, na cidade do Rio de Janeiro, onde tem sua sede e fôro, tem por objeto o estudo da dermatologia, da sifilografia e domínios afins.

Art. 2. Compor-se-á a Sociedade de Sócios de Honra, Efetivos e Correspondentes, sendo a sua Diretoria constituída de Presidente, 2 Vice-Presidentes, Secretário Geral, 1.º e 2.º Secretários, Tesoureiro e Bibliotecário.

Parágrafo único. Um dos cargos de Vice-Presidente caberá a um dos associados das Filiais.

Art. 3. A Diretoria será eleita por um ano, na última sessão ordinária de dezembro, não podendo ser os seus membros reeleitos por mais de uma vez.

Art. 4. Os Sócios de Honra serão dermatologistas ou sifilógrafos nacionais ou estrangeiros, que tenham contribuído para o progresso da dérmato-sifilografia e domínios afins com trabalhos de excepcional valor, mediante parecer de uma comissão especialmente designada pelo Presidente e aprovada por maioria absoluta dos presentes.

Art. 5. Os Sócios Efetivos serão eleitos mediante proposta de três (3) associados e parecer favorável da Diretoria, apresentado na sessão seguinte.

Art. 6. Os Sócios Correspondentes serão dermatologistas nacionais ou estrangeiros, residentes fora do país, escolhidos na forma do art. 5.

Art. 7. A Sociedade realizará sessões ordinárias de março a dezembro, podendo a Diretoria convocar sessões extraordinárias, quando achar conveniente.

§ 1.º Serão comunicados, com antecedência de oito (8) dias, local, dia, hora e programa de cada sessão ordinária, que se realizará com a presença mínima de sete (7) sócios.

§ 2.º As comunicações não deverão exceder o prazo de quinte (15) minutos.

§ 3.º Na discussão de cada assunto não se excederá o prazo de dez (10) minutos, não podendo cada sócio falar mais de duas (2) vêzes sôbre o assunto, salvo aquiescência dos presentes.

§ 4.º A apresentação de doentes terá preferência sôbre qualquer assunto.

§ 5.º Os trabalhos apresentados à Sociedade serão publicados em Boletim, com resumos em francês, inglês, ou alemão, quando convier, sob a direção do Secretário Geral, auxiliado pelos 1.º e 2.º Secretários.

Art. 8. O Sócio Efetivo pagará, anualmente, a taxa que fôr determinada.

Art. 9. Nas cidades onde houver dez (10) sócios efetivos, poderá ser constituída uma Filial da Sociedade, mediante proposta, dos que pretenderem constituí-la, à Diretoria, e aprovação pela maioria absoluta dos que se acharem presentes à sessão em que fôr apresentada.

Art. 10. Estes estatutos não poderão ser reformados sem a aprovação da maioria absoluta dos sócios quites presentes no Rio de Janeiro, convocados especialmente para tal fim. No caso de não atenderem à convocação, será marcada nova sessão, que deliberará com a maioria absoluta dos presentes.

Art. 11. A Sociedade, cuja duração é indeterminada, tem personalidade distinta da dos membros que a compõem, e, como pessoa jurídica de direito privado, preenche as disposições legais a ela referentes. O Presidente representará a Sociedade em Juízo e fora dêle.

§ 1.º Os sócios não respondem subsidiàriamente pelas obrigações da Sociedade.

§ 2.º Em caso de dissolução, os bens da Sociedade reverterão em favor de outra sociedade congênere de finalidades idênticas, escolhida pela Diretoria e aprovada a escolha pela Assembléia Geral.

Art. 12. Os casos omissos serão resolvidos pela Diretoria.

DISPOSIÇÃO TRANSITÓRIA

Art. 13. Os atuais Sócios Correspondentes nacionais, residentes fora do Rio de Janeiro, passarão a Sócios Efetivos.

(Aprovados em sessão de 30-12-1942; registrados em 14-10-1943, sob o n. 172, fls. 39, do Livro de Sociedades, do Cartório do 4.º Ofício de Registro de Títulos e Documentos — Dr. Henrique Paulo de Frontin).

Secção de Minas Gerais

SESSÃO EXTRAORDINARIA DE 2 DE DEZEMBRO DE 1948

De acôrdo com a convocação, realizou-se a eleição da nova Diretoria da Sociedade Mineira de Dermatologia para o ano de 1949, que ficou assim constituida: Presidente: Dr. Orestes Diniz (re-eleito); Vice-Presidente: Dra. Iracema Baccarini; 1.º Secretário: Dr. Acúrcio de Lucena Pereira; 2.º Secretário: Dr. Gustavo Ferreira de Paiva; e Tesoureiro: Dr. Nagib Saliba (re-eleito).

SESSÃO DE 10 DE MARÇO DE 1949

Presidente: Dr. Orestes Diniz.
Secretários: Drs. Acúrcio Lucena Pereira e Gustavo Ferreira Paiva

EXPEDIENTE:

E' declarada aberta a sessão, pelo Sr. Presidente, que agradece a sua re-eleição e promete continuar a envidar os maiores esforços para a crescente prosperidade e prestigio da Sociedade, esperando continuar a contar com a valiosa cooperação de todos os consócios. Em seguida dá conhecimento de vários oficios recebidos pela Sociedade.

Com a palavra, o Prof. Olinto Orsini de Castro avisa ter sido instituido no Rio de Janeiro, pelo Departamento Nacional de Saúde, um Curso de Venereologia com bolsa de estudos para médicos mineiros. Prosseguindo, discorre sôbre seu programa como catedrático de Dérmato-Sifilografia da Univ. de Minas Gerais e comunica que êste ano vai incluir mais 3 cursos especiais, a saber: *a*) Dermatoses topográficas, a cargo do Dr. Orestes Diniz; *b*) Leprologia, a cargo do Dr. Josefino Aleixo; e *c*) Sifilografia, a cargo do Dr. Osvaldo Costa.

O Dr. Tancredo Alves Furtado comunica que recebeu do Dr. J. Gontijo, presentemente na França, pedido de alguns exemplares dos Anais da II Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros, para serem distribuidos entre colegas francêses. Depois lembrou a necessidade de ser resolvida a questão da mudança de horário das reuniões para a noite. Posta em votação, a proposta do Dr. Tancredo é aprovada.

ORDEM DO DIA:

VITILIGO TRAUMÁTICO — Prof. OLINTO ORSINI DE CASTRO.

O autor apresenta um caso de vitiligo traumático, mostrando a coincidência das lesões com o traumatismo.

DISCUSSÃO:

Dr. Oswaldo Costa — Faz comentários a respeito do vitiligo europeu e do vitiligo dos trópicos, lembrando que naquele a r. Wassermann é mais frequentemente positiva do que neste.

Dr. Josefino Aleixo — Observa que o traumatismo poderia ser a causa desencadeante do processo patológico (sífilis).

Dr. Orestes Diniz — Sugere que se façam estudos mais apurados a respeito da sensibilidade das manchas acrômicas.

Dado o adiantado da hora, é suspensa a sessão, ficando para a próxima reunião a apresentação dos outros trabalhos inscritos.

SESSÃO DE 12 DE MAIO DE 1949

Presidente: Dr. Orestes Diniz.
Secretários: Drs. Acúrcio Lucena Pereira e Gustavo Paiva.

EXPEDIENTE:

Com a presença de 13 consócios, o Sr. Presidente abre a sessão, chamando a atenção para o próximo encerramento do Concurso aberto pela Sociedade Mineira de Dermatologia, e lembra que a VI Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros será realizada no Recife de 12 a 14 de setembro vindouro, com os seguintes temas oficiais: *a*) Bouba; *b*) Disceratoses; e *c*) Piodermites.

Em seguida, dá conhecimento dos seguintes ofícios recebidos: *a*) do Prof. Flaviano Silva, pedindo a remessa dos originais dos trabalhos apresentados na V Reunião dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros; *b*) do Prof. H. Portugal, Presidente da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, comunicando o apôio dessa Sociedade ao Colégio Ibero-Latino-Americano de Dermatologia e Sifilografia, a instalar-se em 15 de setembro do corrente ano na cidade do Recife. Solicita sugestões da secção mineira sôbre o tema "Nomenclatura dermatológica", que será discutido no 1.º Congresso do Colégio.

O Sr. Presidente nomeia uma Comissão composta dos Profs. Orsini de Castro, Josefino Aleixo e Osvaldo Costa para apresentar as sugestões pedidas.

ORDEM DO DIA:

CONCEITO DE DARTRO VOLANTE — Prof. OLINTO ORSINI DE CASTRO.

Inicialmente tece comentários sôbre a denominação dessa dermatose, que julga imprópria, lembrando como melhor a expressão de "pityriasis alba faciei". Passando em revista o conceito etiológico, faz referências a trabalhos dos Profs. Otávio Magalhães, Joaquim Mota e Rui Noronha de Miranda e, após várias considerações, afirma ser o dartro volante de etiologia variada — ora talvez estreptocócica, ora micótica, ora uma avitaminose do tipo A, ou ainda uma pitiríase seborrêica, sendo portanto mais uma síndrome do que uma entidade patológica definida.

O caso que apresenta vem justamente confirmar sua opinião. Trata-se de uma criança com lesões na face, braços e pernas. Dentre as da face, uma se destaca por apresentar pequenas vesículas e es-

camas, dando o aspecto de uma micróspora; nos braços viam-se lesões hipocrômicas com ceratose pilar, lembrando a avitaminose A, e nas pernas, placas com crostas que davam a entender tratar-se de uma piodermite superposta ao dartro.

DISCUSSÃO:

Dr. Osvaldo Costa — Concorda com a denominação proposta pelo autor e acrescenta mais uma etiologia: as micides.

Dr. Tancredo Alves Furtado — Tece comentários sôbre a terapêutica que comporta êsses casos, dizendo que em suas mãos os resultados têm sido decepcionantes com todos os tratamentos por êle usados.

Dr. Cid Ferreira Lopes — Afirma ter obtido bons resultados com os sais de ferro associados à vitamina A.

Dr. Josefino Aleixo — Chama a atenção para um aspecto interessante: o diagnóstico diferencial com a lepra.

Prof. Luigi Bogliolo — Mostra que o Prof. Rui Miranda impediu, por sua técnica de cultura, o desenvolvimento de outros germes, e lembra que não existem ainda estudos sôbre o comportamento de pigmento na epiderme.

Dra. Iracema Baccarini — Passa em revista seu trabalho em colaboração com o Dr. Orestes Diniz, no qual estudam 250 crianças com dartro volante. Foram feitas culturas, biópsias, pesquisa de parasitos intestinais, dosagens de caroteno e vitamina A, reações sorológicas para sífilis. Essas crianças foram divididas em 4 grupos e tratadas diferentemente. Os melhores resultados foram obtidos pela terapêutica com as vitaminas A e D. Concluíram ser o dartro volante uma disvitaminose.

Dr. Orestes Diniz — Acrescenta que o Prof. Jorge Lobo concordou com as conclusões do trabalho que relatou em colaboração com a Dra. Iracema Baccarini na Reunião da Bahia. Não acredita na etiologia estreptocócica, porque não foram conseguidas culturas positivas e a terapêutica de prova falhou completamente.

Dr. Abraão Salomão — Julga que a etiologia é mista: estreptococia mais avitaminose A. Lembra que também se encontram crianças bem nutridas com dartro.

Em seguida, é encerrada a sessão.

SESSÃO DE 14 DE JULHO DE 1949

Presidente: Dr. Orestes Diniz.
Secretários: Drs. Acúrcio Lucena Pereira e Gustavo de Paiva.

EXPEDIENTE:

Com a presença de 13 consócios, é aberta a sessão pelo Sr. Presidente, que comunica vai a Associação Médica de Minas Gerais publicar uma revista e faz saber aos presentes que designou o Dr. Josefino Aleixo para, como representante da Sociedade Mineira de Dermatologia, integrar o Conselho Consultivo da referida revista, e o Dr. Osvaldo Costa para encarregar-se da redação de resumos de artigos sôbre dérmato-sifilografia. Final-

mente, tem o prazer de anunciar que a Sociedade recebeu a excelente obra do Prof. Samuel B. Pessôa "Leishmaniose Tegumentar Americana", gentil oferta do autor. Em seguida, faz proceder à leitura dos seguintes ofícios recebidos: *a)* da S. B. Dermatologia e Sifilografia, prestando esclarecimentos sôbre a próxima Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros; *b)* do Colégio Ibero-Latino-Americano de Dermatologia, comunicando que, de acôrdo com os estatutos provisórios, todos os membros das Sociedades de Dermatologia, Sifilografia ou Leprologia, são considerados membros efetivos do Colégio; *c)* das Sociedades de Medicina Tropical, de Higiene de Minas Gerais e da Sociedade Cubana de Dermatologia, comunicando a posse de suas diretorias; e *d)* da Sociedade Pernambucana de Dermatologia, convidando para a VI Reunião Anual dos Dérmato-Sifilógrafos Brasileiros.

ORDEM DO DIA:

ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO E CLINICO DA BOUBA NO NORDESTE MINEIRO — Dr. ACÚRCIO LUCENA PEREIRA.

Relata os trabalhos que executou como chefe de uma unidade sanitária especializada para combate a essa endemia, focaliza os principais aspectos epidemiológicos da doença, descreve os tipos clínicos encontrados e encerra suas considerações expondo questões atinentes a diagnóstico e tratamento.

Dr. Orestes Diniz — Ressalta a importância médico-social do problema e a ação dos tropicalistas que trabalharam na região e a do saudoso Diretor da Saúde Pública, Dr. Mário Alvares da Silva Campos, que criou o Serviço de combate à endemia.

Dr. Cid Ferreira Lopes — Faz considerações sôbre o vulto da endemia e focaliza aspectos clínicos registrados quando chefe dêsse Serviço de Profilaxia.

Prof. Olinto Orsini de Castro — Aborda aspectos estatísticos e acentua o valor dos trabalhos realizados pelo Dr. Cid na chefia dêsse Serviço, o qual teve ainda o mérito de chamar a atenção das autoridades para a importância do assunto.

Dr. Josefino Aleixo — Tece comentários, ressaltando o interêsse da comunicação.

Dr. Tancredo Alves Furtado — Faz considerações sôbre aspectos clínicos evolutivos e os métodos terapêuticos empregados.

DERMATITE POR CONTATO DE FOLHA DE FIGUEIRA — Dr. TANCREDO ALVES FURTADO.

Inicialmente, faz uma revisão bibliográfica do assunto, detendo-se nos trabalhos do Prof. Antônio Aleixo, que foi quem melhor descreveu a dermatite. Expõe a observação clínica de seu caso, evolução do processo desde os sintomas iniciais à constituição das lesões. Descreve os resultados do "patch test" e os aspectos clínicos especiais que registrou, inclusive o desaparecimento da dermatite após cêrca de 4 meses.

Discussão:

Dr. J. B. Greco — Discorre sôbre o conceito da dermatite de contato e apresenta as razões prováveis de negatividade dos testes cutâneos do doente em causa.

Dr. Olinto Orsini de Castro — Refere-se aos casos por êle observados, cêrca de dez, dos quais destacou seis. No primeiro, tratava-se de uma criança do sexo feminino que, tendo brincado dentro de uma figueira, estando apenas vestida com um calção, teve depois manchas escuras por todo o corpo, de formas variadas; três outros foram senhoras que fizeram doce com figos verdes; outro se referia a uma jovem que viajara de avião de Montes Claros a Belo Horizonte, para consultar por motivo de manchas que lhe surgiram nas mãos e braços, tendo lidado com figos verdes. No sexto caso, a paciente lavava a cabeça com infusão de folhas de figo no intuito de dar côr diferente aos cabelos, e apresentava-se no fim de poucos dias com manchas escuras na área limiar do couro cabeludo, fronte e também nas mãos e braços.

Prof. Luigi Bogliolo — Faz considerações sôbre as lesões mucosas, lembrando que a estomatite terá relação com a presença do látex da planta e acentua a necessidade de proceder-se ao estudo anátomo-patológico da dermatite.

Dr. Cid Ferreira Lopes — Cita um caso de sua clínica e diz julgar que a dermatite é causada pela irradiação solar incidindo sôbre a pele molhada pelo látex da planta.

Dr. Josefino Aleixo — Fala sôbre a terapêutica que comportam tais casos.

Dr. E. Chapadeiro — Registra casos de dermatites semelhantes determinadas pela castanha do cajú.

Em seguida o Sr. Presidente encerra a sessão.

Secção do Rio Grande do Sul

SESSÃO EXTRAORDINÁRIA DE 4 DE MAIO DE 1949

(Reunião conjunta com a Sociedade de Higiene e Saúde Pública do Rio Grande do Sul)

Presidente: Prof. M. Pereira Filho.
Secretário: Dr. Ênio Campos.

Aberta a sessão, o Prof. Pereira Filho diz da finalidade da reunião, qual seja receber o ilustre cientista patrício, Dr. Lauro de Souza Lima, atualmente no Estado. Concede a palavra ao Dr. Jandir Maia Faillace, Diretor do Departamento Estadual de Saúde, para fazer a saudação inicial ao insigne visitante e, também, conferencista da noite.

O Dr. Maia Faillace exalta a figura do ilustre leprólogo paulista, conhecido já, não sòmente em todos os meios científicos do país, como também no estrangeiro, através dos seus inúmeros trabalhos sôbre clínica, classificação e, ùltimamente, terapêutica da lepra. Cita as suas principais óbras, e títulos obtidos no país e no estrangeiro. Ao finalizar, pede conste em ata um voto de louvor pela atuação devotada e profíqua do ilustre visitante em pról da luta contra a lepra no Brasil, como um dos expoentes dêsse monumento técnico-administrativo que é o Departamento de Profilaxia da Lepra de São Paulo, legítimo orgulho dos brasileiros que se dedicam ao estudo e solução de tão angustiante problema sanitário.

O Sr. Presidente passa, a seguir, a palavra ao conferencista, que fala sôbre:

ESTADO ATUAL DA TERAPÊUTICA DA LEPRA — Dr. LAURO de SOUZA LIMA

Em brilhante conferência, o A. faz, inicialmente, um rápido retrospecto acêrca da antiga terapêutica pelo óleo de chaulmoogra e derivados. Cita após os efeitos surpreendentes da nova medicação pelas sulfonas, trazendo rápida modificação das lesões cutâneas e das mucosas laringeanas e traqueanas, e o efeito extraordinário obtido sôbre os doentes que, já afônicos, passam a recuperar a fala em pouco tempo. Em larga experiência obtida no Sanatório Padre Bento, de São Paulo, aonde foi diretor, observou também o desaparecimento bacilar das lesões cutâneas, em cortes histológicos seriados, verificando inicialmente a sua transformação em grânulos e depois o seu desaparecimento total. Com referência ao medicamento, cita as suas diversas formas,

seu modo de aplicação, dosagem e os cuidados para sua administração, baseado em larga experiência nos doentes internados do Estado de São Paulo, que sobem a vários milhares.

Ao terminar, o Dr. Lauro de Souza Lima, foi muito aplaudido pelos presentes, tendo o Prof. Pereira Filho feito uso da palavra para exaltar o valor da conferência que acabava de ser pronunciada e da grande óbra que o Dr. Lauro de Souza Lima vem realizando em São Paulo no combate a essa terrível endemia.

Ao encerrar a sessão, o Sr. Presidente convida os presentes para a próxima reunião que constará de uma conferência do Dr. Clovis Bopp, "Considerações sôbre a luta anti-venérea no Estado do Rio Grande do Sul", a realizar-se no dia 12 do corrente mês.

SESSÃO DE 12 DE MAIO DE 1949

Presidente: Prof. M. Pereira Filho.

Secretário: Dr. Ênio Campos.

As 20 horas e 30 minutos é aberta a sessão, pelo Sr. Presidente, que concede a palavra ao conferencista da noite:

CONSIDERAÇÕES SÔBRE A LUTA ANTI-VENÉREA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL — Dr. Clovis Bopp

Faz o A. brilhante conferência acêrca da campanha anti-venérea que vem sendo realizada no Estado do Rio Grande do Sul pela Secção de Profilaxia de Doenças Venéreas do Departamento Estadual de Saúde.

O A. não apresentou resumo para publicação.

Usaram da palavra, elogiando o excelente trabalho do Dr. Clovis Bopp, os Drs. Halley Marques, Heitor Silveira, Alfredo Hofmeister, Carlos Maia de Assis, Paulo Becker e Pessoa Mendes.

A seguir, o Sr. Presidente faz distribuir aos presentes cópias mimeografadas de um trabalho sôbre "Nomenclatura dermatológica", da Cátedra de Clínica Dermatológica da Faculdade Nacional de Medicina, acabado de chegar, a fim de ser apreciado pelos consócios.

Ao encerrar a sessão, o Sr. Presidente comunica que a próxima reunião será no dia 19 do corrente mês, pela manhã.

SESSÃO DE 19 DE MAIO DE 1949

Presidente: Prof. M. Pereira Filho.

Secretário: Dr. Ênio Campos.

As 10 horas e 20 minutos, o Sr. Presidente declara aebrta a sessão. Lidas as atas das sessões dos dias 21 de abril e 4 e 12 do corrente, são as mesmas aprovadas pelos presentes.

Expediente: ofício do Centro Acadêmico Sarmento Leite, cumprimentando a diretoria atual por sua recente eleição.

Proposta de sócio: pelos professôres M. Pereira Filho e Carlos Leite Pereira da Silva e Dr. Ênio Campos, é proposto para sócio efetivo o Dr. Francisco Chagas de Souza, de Pôrto Alegre.

ORDEM DO DIA:

DERMATITES DO CONTACTO ÀS SULFAS (OBSERVAÇÕES SÔBRE 6 CASOS) — DR. ÊNIO CAMPOS

O A. faz considerações acêrca de 6 casos de dermatite de contacto às sulfas, com reações de eczematização nas partes descobertas. Tendo encontrado com certa frequência reações de intolerância às sulfas para o lado do tegumento, observou em particular vários casos de dermatite de contacto com simultânea reação à distância. Reuniu a documentação de 6 casos vistos ùltimamente, que passa a relatar. Em resumo: seis adultos de 28 a 55 anos, sendo 4 do sexo feminino e 2 do masculino. Cinco dêsses pacientes usaram a sulfanilamida em pó, e um empregou pomada de sulfamida preparada em farmácia (vaselina com sulfamida), não especificando se se tratava da sulfanilamida. Três dêsses pacientes usaram o medicamento sôbre lesões de eczema e os outros três sôbre ferimentos. Todos êles apresentaram a seguinte reação cutânea (no local do emprêgo), surgida 3 a 6 horas após a sua administração: reação local intensa constituída de prurido, ardência, rubor e certo edema, com formação de vesículas e posterior exsudação; quase ao mesmo tempo, ou poucas horas após, idênticas reações surgiam na face, dorso das mãos e têrço inferior dos antebraços; três casos também apresentaram lesões no pescoço e pernas, e em um houve lesões, também, no tronco. O A. teve oportunidade de verificar que 3 dos casos apresentaram semelhante sintomatologia vários meses depois, logo após serem medicados com sulfamida localmente, confirmando, pois, a sensibilização sulfamídica. Termina o A. fazendo referência ao uso e abuso das sulfas entre nós, com malefício muitas vêzes decorrente para o doente. Salienta finalmente a particularidade do quadro por êle observado, de nítida dermatite de contacto, acompanhada sempre de reações idênticas à distância e de preferência nas partes descobertas.

DISCUSSÃO:

Dr. A. Niemeyer — Tem observado vários casos de intolerância às sulfas, com reações de eczematização. Acha que últimamente a sensibilidade de nossa população às sulfas está aumentando. Cita que nos Estados Unidos chegaram a proibir o emprêgo da sulfa em pó. Acha seria interessante procurar o estado de sensibilização do paciente à sulfa antes de empregar êste medicamento.

Dr. A. Louzada — Pergunta ao A. se se trata, nos casos observados, de manifestação puramente tóxica ou alérgica. Se houve medicação antitóxica específica ou anti-alérgica. Dada a localização preferencial nas extremidades, pergunta se há possibilidade de se tratar de síndromes pelagróides. Finalmente fala na influência da ação das bactérias localmente podendo desencadear similares.

Dr. Halley Marques — Cosidera interessante o trabalho apresentado, chamando a atenção para o grande abuso no emprêgo das sulfas. Confirma o que acabou de dizer o Dr. Niemeyer sôbre o contrôle do emprêgo das sulfas nos Estados Unidos.

Prof. Pereira Filho — Faz considerações quanto à valia das provas dérmicas no diagnóstico das dermatites de contacto.

Dr. Ênio Campos — Agradece os comentários dos presentes e informa que empregou medicação anti-alérgica imediata, coadjuvada por medicação dessensibilizante inespecífica. Acha que não há influência de carência do complexo B, atribuindo a localização nas extremidades e fatores secundários, como actínicos e outros.

A seguir, o Sr. Presidente agradece a presença, na Casa, dos colegas visitantes Drs. Edgardo Crosso e João Batista Sannazaro, e comunica que a próxima sessão será realizada à noite no dia 2 de junho próximo, encerrando a reunião.

SESSÃO DE 2 DE JUNHO DE 1949

Presidente: Prof. M. Pereira Filho.
Secretário: Dr. Ênio Campos.

As 20 horas e 30 minutos, é aberta a sessão pelo Sr. Presidente, que propõe um voto de profundo pesar pelo falecimento do Prof. Pedro Baliña, de Buenos Aires, aprovado pelos presentes. A seguir passa a palavra ao orador inscrito.

CROMOMICOSE NO RIO GRANDE DO SUL — Dr. Newton Neves da Silva

Esse trabalho já foi publicado nestes Anais (vol. 24, n.º 2).

Usam da palavra para comentar o interessante trabalho do Dr. Newton os seguintes colegas: D. T. Clausell, Halley Marques, Pessoa Mendes, Ênio Campos e Prof. Pereira Filho. Este último tece comentários acêrca do gênero Phialophora e projeta, a seguir, uma série de diapositivos coloridos de cortes de pele com esclerotos de Phialophoras. Relata observações de doentes de cromomicose recolhido à 3.ª Enfermaria da Santa Casa e procedentes do interior de nosso Estado e de Santa Catarina, as quais constituirão assunto de trabalho a ser publicado na Rev. de Medicina do Rio Grande do Sul (n.º de dezembro de 1949).

Ao encerrar a sessão, o Presidente comunica que a próxima reunião será realizada no dia 17 do corrente mês, pela manhã, com a apresentação de casos clínicos.

SESSÃO DE 17 DE JUNHO DE 1949

Presidente: Prof. M. Pereira Filho.
Secretário: Dr. Antônio Louzada.

DOENÇA DE MELEDA — Dr. Halley Marques

Apresenta 2 casos de ceratodermia palmo-plantar, doença de Meleda, fazendo considerações sôbre sua evolução, raridade e diagnóstico anátomo-patológico. Referem-se as observações a duas moças irmãs, de côr branca, solteiras, que apresentam extraordinário espessamento da epiderme nas regiões palmares e plantares, com desaparecimento quase completo dos sulcos e saliências próprias dessas regiões e grande limitação dos movimentos. Nota-se ainda certo grau de ceratose discreta ao nível das articulações digitais. A coloração

da pele das regiões enfermas é de tom nacarado. Percebe-se pronunciado odor sui generis nestes locais. As doentes retiram com navalha gilete, cada semana, grande quantidade de retalhos cutâneos, a fim de facilitar os movimentos.

Os exames sorológicos para a lues foram negativos e, o exame histopatológico, feito pelo Prof. P. Tibiriçá, revelou: hiperceratose da pele.

Discussão:

Dr. A. Niemeyer — Fala de um caso da mesma doença, por êle atendido no ano passado, em sua clínica particular, e no qual, com repetidas sessões de radioterapia e elevadas doses de vitamina A, obteve resultados satisfatórios. Soube, porém, que mais tarde a doença tornou a se manifestar, confirmando, assim, o conceito de sua extrema resistência aos variados tratamentos.

Prof. Pereira Filho — Após felicitar o relator pela apresentação das 2 doentes, disse que as mesmas, quando ainda meninas, lhe tinham sido enviadas pelo Dr. Buais, a cuja clínica pertenciam, e que lhe coube fazer os exames laboratoriais. Lembra-se de terem sido positivos os exames sorológicos para a sífilis, naquela ocasião, havendo-se submetido as meninas ao tratamento específico. Mostra então à casa numerosas fotografias das lesões apresentadas pelas duas meninas e também as de um parente das mesmas, pelas quais se verifica que uma delas apresenta também processo de hiperceratose nas regiões peri-anais.

A seguir foi concedida a palavra ao consócio A. Niemeyer, que comunica os resultados obtidos com recente método para tratamento da pelada, segundo técnica que viu recentemente em uso generalizado nos EE.UU.. Trata-se do emprêgo do ácido fênico do comércio em rápida pincelagem sôbre a região, seguida um minuto após da colocação no mesmo local de algodão embebido em álcool. Verificou bons resultados em 24 de seus 31 doentes, com apenas uma aplicação. Disse que o método consiste em fazer-se uma ou duas aplicações apenas, porque quando falha com estas, não adianta continuar. Abordou a seguir o problema da etiologia da "alopecia areata" e de suas formas clínicas.

Fala, a seguir, o Dr. Halley Marques, para ressaltar a influência emocional em diversas afecções cutâneas em que prepondera a instabilidade vaso-motora.

Em seguida, o Prof. Pereira Filho, cumprimenta ao Dr. Niemeyer, e, como nada mais houvesse a tratar, declara encerrada a sessão.

Secção de São Paulo

(Departamento de Dermatologia e Sifilografia da Associação Paulista de Medicina)

SESSÃO DE 11 DE JULHO DE 1949

Presidente: Dr. Luis Batista.
Secretário: Dr. Antônio Francisco Defina.

ORDEM DO DIA:

I — Leitura, pelo Dr. Fernando Alayon, do necrológio do Prof. Pedro Baliña, feito pelo Prof. Águiar Pupo, associando-se às homenagens prestadas ao eminente titular pelos colegas argentinos, externando um voto de pesar dos dermatologistas de São Paulo e do Departamento de Dermatologia e Sifilografia da A. P. M., que será transmitido à "Asociación Argentina de Dermatologia y Sifilogia" e à digníssima família enlutada.

II — Foram apresentados os seguintes trabalhos:

SIRINGOCISTOADENOMA. CONSIDERAÇÕES SÔBRE UM CASO — Drs. FERNANDO ALAYON e SEBASTIÃO A. P. SAMPAIO

Os autores apresentam um caso de siringocistoadenoma em que foram observadas, simultâneamente, as 2 formas clínicas: a palpebral e a generalizada, com localização nos antebraços e tronco, revestindo o quadro do chamado hidroadenona eruptivo. Referem as características clínicas da afecção, salientando a raridade da coexistência das 2 formas clínicas e observando que o aparecimento das lesões palpebrais antecedeu de 1 ano o das lesões localizadas nos braços e no tronco. Estudam comparativamente o quadro histológico das lesões da face e de uma lesão do antebraço, concluindo pela identidade anatômica de ambos, ainda que se notem pequenas diferenças quanto à intensidade das mesmas. Finalmente, tecem considerações sôbre a etiopatogenia desta curiosa afecção.

DISCUSSÃO:

Dr. Guilherme Villela Curban — Aduz a seguinte pergunta: se o siringocistoadenoma deriva de elementos glandulares apócrinos, como explicar, no caso em estudo, a existência dessas formações em regiões da pele onde não existem glândulas apócrinas, isto é, nos braços e pescoço?

Dr. Benedito Mendes de Castro — Deseja saber se a localização era exclusiva dos braços e pescoço, e lembra que seria interessante uma fotografia de todo o corpo da paciente. As lesões observadas na fotografia do braço lembram muito as lesões de liquen.

Dr. Sebastião Almeida Prado Sampaio — Diz que as lesões do braço e pescoço eram as que ofereciam o maior número de elementos e que mais se prestavam para a fotografia. Além dessas regiões, na porção inferior do braço, junto ao cotovelo, na porção inferior do tórax, também se observavam elementos idênticos, com o mesmo aspecto, embora em número muito inferior e isolados. Mesmo no tórax e pescoço os elementos eram raros. Informa que tiraram fotografias só destas regiões, porque eram as que mais se prestavam para ilustração do caso.

Dr. Fernando Alayon — Julga-se que seria interessante uma fotografia de todo o corpo, mas os elementos eram muito pouco visíveis e uma fotografia geral não mostraria, pròvàvelmente, nenhuma lesão. Adianta que mesmo para obter essas fotografias, o fotógrafo lançou mão de técnica especial. Quanto à questão das glândulas apócrinas, diz ser do conhecimento de todos que elas, durante o período fetal, se distribuem difusamente e só mais tarde se assentam na devida localização, nas zonas eletivas. Talvez nestes casos de hidroadenomas haja uma perturbação da distribuição, com persistência de glândulas apócrinas nessas regiões.

ASPECTOS CLÍNICOS DA AMILOIDOSE CUTÂNEA PRIMITIVA — Drs. ARGEMIRO R. de SOUZA e LUIZ DIAS PATRÍCIO

Os autores apresentam mais 3 casos de amiloidose cutânea primitiva, dêles fazendo estudo clínico-morfológico pormenorizado, apoiados em provas de laboratório e exames histo-patológicos. Dos 3 casos, um pertencia ao sexo feminino. As lesões verificadas nos casos referidos pertenciam aos tipos clínicos: líquen amilóide de Gutmanne e Freudenthal e moniliforme difuso. Os exames histo-patológicos vieram confirmar os achados clínicos, com a verificação dos depósitos amilóides no derma papilar, corados metacromàticamente pelo violeta de metila. Os doentes foram tratados pelo vermelho congo e olobintin com resultados animadores.

DISCUSSÃO:

Dr. Sebastião A. P. Sampaio — Refere que a amiloidose cutânea é uma moléstia que, até há pouco tempo, não despertava interêsse em São Paulo. Hoje os Drs. Argemiro e Patrício trazem outros casos, chamando, mais uma vez, atenção para a sua existência também em nosso meio. Realmente, sendo a amiloidóse cutânea uma moléstia que pouco incomoda o paciente, tem que ser procurada pelos dermatologistas; acredita que muitos casos passem desapercebidos, pois em um grande número de pacientes sob seus cuidados não viu nenhum dessa natureza. Tem visto, apenas, casos que fazem supor tratar-se de amiloidose cutânea, mas agora vai examinar com minúcia os membros inferiores dos enfermos.

Dr. Guilherme Villela Curban — Diz que os autores conseguiram reunir 4 casos de amiloidóse cutânea, e fizeram muito bem de trazê-los à esta Sociedade, porque êle mesmo já é um dos beneficiários disso. Há tempos foi procurado por uma doente, com um quadro de difícil diagnóstico e que rotulou de "neurodermite". Agora, entretanto, lhe foi possível fazer o diagnóstico retrospectivo de amiloidose cutânea.

Dr. Luiz Batista — Deseja fazer duas considerações. A primeira é sôbre a prova positiva intradérmica, onde não havia lesão visível. Lembra a possibilidade de se fazer mais vêzes a prova do vermelho-congo, para se chegar ao diagnóstico de amiloidose cutânea mais frequentemente em casos que não tenham lesões tão evidentes. Crê dever fazer-se sistemáticamente a prova do vermelho-congo nos casos suspeitos. Em relação ao 4.º caso, diz tê-lo acompanhado, e observado que, no período de hospitalização, melhorou muito,o paciente. Parece-lhe haverem melhorado as lesões sem tratamento algum, num período relativamente curto, e não sabe como poderia explicar-se essa melhora.

Dr. Argemiro Rodrigues de Souza — Concorda em que, geralmente, êsse diagnóstico passa despercebido, e informa que mesmo num dos seus casos fez o diagnóstico de "eczema secretante", porque a paciente apresentava, como geralmente acontece, outras lesões associadas. Acha, também, muito boa a sugestão do Dr. Batista, sôbre a prova do vermelho-congo, a qual deve ser usada com frequência.

Dr. Luiz Dias Patrício — Quanto à questão da melhora daquela doente, referida pelo Dr. Luiz Batista, acrescenta haver-lhe sido prescrito dieta hipoprotêica, juntamente com complexo B, de modo que, talvez, sòmente isso tenha sido suficiente para a melhora.

Em seguida, é encerrada a sessão.

SESSÃO DE 11 DE AGÔSTO DE 1949

Presidente: Dr. Abraão Rotberg.
Secretários: Drs. Luiz Batista e Antônio Francisco Defina.

ORDEM DO DIA:

AÇÃO DA VITAMINA "A" COMO REGULADORA DA PLAQUETOPOIESE NA PÚRPURA TROMBOCITOPÊNICA (nota prévia) — Drs. DOMINGOS OLIVEIRA RIBEIRO, JOSÉ AUGUSTO SOARES e LUIZ DIAS PATRÍCIO

Os autores apresentam um caso de púpura trombocitopênica de Werlhof, assim caracterizado pelos quadros clínicos e hematológico e provas positivas da fragilidade capilar (presença de petéquias, equimoses de tamanho variado, hemorragias das mucosas nasais, labiais, gengivas, acentuada plaquetopenia e positividade da prova do laço e da picada). Outrossim, comprovam não haverem a rutina e vitamina K impedido o aparecimento de novas lesões purpúricas. A administração "per os" de vitamina "A", na dose diária de 100.000 U., revelou-se eficiente, embora espaçadamente um ou outro elemento equimótico se mostrasse no tegumento cutâneo. O aumento dessa dosagem para 200.000 U., após o período de um mês de medicação, protegeu a paciente de erupções purpúricas, ausentes nos dois últimos meses. A plaquetopoiese está em ascensão lenta, mas constante, nestes últimos meses, como se aufere da média de 29.840 plaquetas por mm3, em cinco contagens, no espaço de cêrca de um mês e meio depois do início da vitamina "A" (100.000 U.), e a de 59.200, obtida no mesmo lapso de tempo e nas cinco outras últimas contagens.

Em seguida, é encerrada a sessão.

Notícias e Comentários

EDITORIAL

"A SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, fundada a 5 de fevereiro de 1912, tem por objeto o estudo da Dermatologia, da Sifilografia e domínios afins, entre os quais avultam a Leprologia, grande parte da Patologia Tropical e a quase totalidade da Venereologia.

Conta, portanto, 38 anos de existência regular, com a efetuação ininterrupta de sessões ordinárias na última quarta-feira dos meses entre março e dezembro.

E' a única sociedade no gênero em todo o Brasil, e congrega em seu seio 288 sócios (204 efetivos, 52 correspondentes e 32 honorários), nos quais se incluem as figuras exponenciais da especialidade entre nós e no estrangeiro.

Possui 5 secções estaduais, em Recife, Salvador, Belo Horizonte, S. Paulo e Pôrto Alegre, a realizarem suas próprias sessões. Uma vez por ano tem lugar uma reunião conjunta dos elementos da matriz e das filiadas, em rodízio, em cada uma das cidades referidas e no Distrito Federal.

Desde a sua fundação, vem editando a Sociedade uma revista, inicialmente sob o título de Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia e, de 1925 em diante, ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, cuja tiragem é limitada, efetuam permuta com 70 revistas médicas (31 nacionais e 39 estrangeiras), além de serem distribuidos pelas bibliotecas e organizações científicas nêles interessadas; levam, assim, ao país inteiro e ao mundo tudo quanto produzem a Dermatologia e a Sifilografia indígenas.

Em vista, porém, do exagerado custo atual da impressão tipográfica, que tende a crescer sempre e sempre, vê-se a SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA na contingência de reduzir a tiragem de seu órgão oficial ou restringir-lhe os números, ou até mesmo sustar-lhe a publicação, com graves prejuizos para a Dermatologia brasileira, que tem nos ANAIS sua única revista especializada de curso regular.

O auxilio a ser concedido pelo Projeto visa, sobretudo, a conjurar essa ameaça a nossa cultura dermatológica, cuja voz autorizada cessaria de fazer-se ouvida, como de direito, no cenário científico mundial.

Trata-se, pois, de entidade que, pelo muito já realizado, bem merece ser reconhecida de utilidade pública, e bem assim amparada materialmente pelos poderes nacionais, visto como sua renda, proveniente tão só da contribuição dos sócios, não basta para atender-lhe às respectivas necessidades".

O que aí vai transcrito é a justificação de um projeto de lei, já apresentado na Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, propugnando declarar-se de utilidade pública a SOCIEDADE BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA e conceder-se-lhe um auxilio regular, consignado no orçamento da União.

Dantes, aquinhoava-nos o Govêrno Federal com ajuda irrisória e inconstante. Doravante deverá fazê-lo com quantia fixa, de molde a permitir-nos uma receita que arroste os enormes gastos resultantes da edição de uma revista médica.

Que os bons fados acompanhem o mencionado projeto, em seu trânsito no Congresso Nacional, e fiamos e confiamos não hesitará o Poder Executivo em sancionar a lei dêle consequente.

PERILO PEIXOTO.

I CONGRESSO IBERO - LATINO - AMERICANO DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA

•

VII REUNIAO ANUAL DOS DERMATO - SIFILOGRAFOS BRASILEIROS

De 24 a 30 de setembro do corrente ano, realizar-se-ão, conjuntamente, no Rio de Janeiro, os Congresso e Reunião acima mencionados. Seu Comitê Executivo será constituido dos seguintes especialistas: Prof. J. DE AGUIAR PUPO (Presidente do Col. Ibero-Lat.-Amer. de Dermat. e Sif.); Prof. F. E. RABELO (Presidente da Soc. Brasil. de Dermat. e Sif.); Dr. A. F. DA COSTA JÚNIOR (Membro da Ac. Nac. de Med.); Dr. ERNANI AGRÍCOLA (Diretor do Serv. Nac. de Lepra); Prof. H. PORTUGAL (da Fac. de Ciências Médicas, do Rio de Janeiro); Prof. J. RAMOS E SILVA (da Esc. de Med. e Cir., do Rio de Janeiro); e Prof. J. MOTA (da Fac. de Ciências Médicas, do Rio de Janeiro). Esse Comitê terá como Secretários os Drs. A. PADILHA GONÇALVES (Secretário Geral da Soc. Brasil. de Dermat. e Sif.); HUMBERTO CERRUTI (Secretário do Col. Ibero-Lat.-Amer. de Dermat. e Sif.); e DEMÉTRIO PEKYASSÚ (Secretário do Col. Ibero-Lat.-Amer. de Dermat. e Sif.). Serão Patrocinadores do certame os Drs. PAULO CERQUEIRA (Presidente da Soc. Mineira de Leprologia) e NELSON SOUZA CAMPOS (Presidente da Soc. Paulista de Leprologia).

A sede da Secretaria do Comitê Executivo funcionará no Pavilhão São Miguel (Santa Casa de Misericórdia), à Rua Santa Luzia n. 206 (Caixa Postal 389), Rio de Janeiro, Brasil.

REGIMENTO DO CERTAME

Art. 1.º O certame reunir-se-á na cidade do Rio de Janeiro, de 24 a 30 de setembro de 1950.

Art. 2.º São considerados membros do certame as seguintes personalidades:

a) os membros do Colégio Ibero-Latino-Americano de Dermatologia e Sifilografia, compreendendo implìcitamente os membros da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia e de suas Secções;

b) os delegados das universidades e instituições científicas do Brasil e do estrangeiro;

c) os médicos e cientistas convidados especialmente pelo Comité Executivo.

Parágrafo único. Só poderão tomar parte nos trabalhos os membros credenciados junto ao Comité Executivo.

Art. 3.º O programa dos trabalhos será estabelecido pelo Comité Executivo, dentro dos seguintes temas:

I. Nomenclatura dermatológica (trabalho de revisão, segundo proposições apresentadas, pelas comissões relatoras das Sociedades vinculadas ao Colégio);

II. Alergias cutâneas (estudo por grupos das alergides toxi-infecciosas, das dermatoses atópicas, das dermatites de contato e de outros tipos de reações alérgicas da pele);

III. Aspectos regionais da sífilis (contribuição à patologia geográfica).

§ 1.º Os relatórios sôbre a nomenclatura dermatológica (tema I) serão apreciados por uma comissão especial, que organizará as proposições a serem submetidas à discussão do plenário.

§ 2.º Os temas II e III constituirão objeto de memórias a serem apresentadas pelos membros do certame e as quais serão objeto de discussão em sessões plenárias. Essas memórias, que não poderão exceder de 10 páginas, modêlo ofício, datilografadas em espaço duplo (com 4 clichês), deverão conter, no fim, um resumo ou conclusões da matéria.

§ 3.º Os autores não poderão apresentar, sôbre cada um dos temas II e III, mais de uma memória individual ou duas em colaboração, sendo rejeitados os trabalhos estranhos aos temas acima mencionados.

§ 4.º Os títulos das memórias (temas II e III) deverão ser enviados à Secretaria do Comité Executivo, até o dia 31 de julho de 1950.

Art. 4.º Nas sessões plenárias, os autores terão 10 minutos para a leitura ou justificação dos respectivos trabalhos, iniciando-se as discussões após a apresentação de todos os trabalhos sôbre o tema programado. Aos que discutirem o assunto, serão concedidos 5 minutos, cabendo aos autores 10 minutos para a resposta conjunta.

Art. 5.º As proposições finais, apresentadas pela comissão de nomenclatura (tema I), constituirão objeto de discussão em uma ou mais sessões plenárias, nas quais serão concedidos os prazos de 30 e de 5 minutos, respectivamente, aos relatores e aos que as discutirem, sendo que àqueles serão dados, ainda, mais 30 minutos, para resposta.

Parágrafo único. Terminada a discussão do tema, a comissão especial elaborará as proposições finais, a serem aprovadas na sessão de encerramento.

Art. 6.º Os assuntos de relevante interêsse clínico e científico poderão ser consubstanciados em votos do certame, quando prèviamente submetidos ao Comité Executivo.

Art. 7.º As sessões plenárias funcionarão sob a direção do Comité Executivo, cabendo a presidência rotativa das mesmas aos representantes das sociedades vinculadas ao Colégio e das universidades e instituições científicas.

Parágrafo único. Aos secretários do Comité Executivo cumpre dispor a ordem do dia das sessões e coligir o seu acêrvo, para a redação dos anais do certame.

Art. 8.º A sessão de encerramento aprovará as conclusões e os votos, discriminando a sede e a data da realização do II Congresso Ibero-Latino-Americano de Dermatologia e Sifilografia.

RECEBEMOS E AGRADECEMOS

— Golden Jubilee World Tribute to Dr. Sidney V. Haas. New York, 1949.

— Estudo bacteriológico de escarros de leprosos-tuberculosos em tratamento com a estreptomicina. H. C. de Souza Araújo. Separata de Mem. Inst. Oswaldo Cruz, 46:669 (dez.), 1948.

— Estudo bacteriológico de escarros de leprosos-tuberculosos em tratamento com a estreptomicina com exibição das culturas obtidas. H. C. de Souza-Araújo. Separata de Hospital, Rio de Janeiro, 35:755 (maio), 1949).

— Contribuição à terapêutica do mal perfurante plantar. Tratamento pela leprolina "Souza-Araújo" em injeções intra-ulcerosas. R. da Glória Caldeira. Separata de Mem. Inst. Oswaldo Cruz, 46:315 (jun.), 1948.

— As sulfonas não alteram a ácido-álcool-resistência dos bacilos de Hansen e de Stefanski. H. C. de Souza-Araújo. Separata de Mem. Inst. Oswaldo Cruz, 46:579 (set.), 1948.

— Reação leprótica. Lauro de Souza Lima e Flávio Maurano. Monografia editada pelo Serviço Nacional de Lepra, Rio de Janeiro, 1949.

RETIFICAÇÃO

Por lapso da Secretaria, deixou de constar da ata da sessão de 25 de maio de 1949, publicada em o número anterior dêstes Anais, que em tal reunião foram aprovados cinco propostas de Sócios Correspondentes, assinadas pelos Drs. H. Portugal, R. D. Azulay e Wilson de Abreu. Tais propostas são referentes aos Drs. Otávio Meneses Sampaio, Manoel Caeiro Carrasco, Juvenal Alvarez Esteves, Jaime Almendra e Antônio Neves Sampaio, todos de Lisbôa, Portugal, os quais foram desde logo declarados eleitos e empossados.

Bibliografia Dermatológica Brasileira

— A REAÇÃO LEPRÓTICA DO PONTO DE VISTA OCULAR. MÁXIMO CARLOS SOTO. *Rev. brasil. de leprol.*, 17:75 (jun.), 1949.

— PROPOSIÇÕES PARA A PROTEÇÃO SOCIAL DOS HANSENIANOS E COMUNICANTES. A. ROTBERG e LUIZ M. BECHELLI. *Rev. brasil. de leprol.*, 17:81 (jun.), 1949.

— LEPROMINA "EXCADAVERE". JORGE CAMPOS R. DE C. — *Rev. brasil. de leprol.*, 17:91 (jun.), 1949.

— VALOR DA REAÇÃO DE MITSUDA PARA REVELAR RESISTÊNCIA ADQUIRIDA À LEPRA. J. LOPES FARIA. *Rev. brasil. de leprol.*, 17:97 (jun.), 1949.

— SUBSÍDIO PARA O MELHOR CONHECIMENTO DAS DOENÇAS DO GRUPO TIFO EXANTEMÁTICO NO BRASIL. — OTÁVIO DE MAGALHÃES e ADIR ROCHA. *Brasil-méd.*, 63:197 (6 e 13-ag.), 1949.

— LEPRA E DOENÇA DE CHAGAS. ORESTES DINIZ. *Arq. mineir. leprol.*, 9:155 (jul.), 1949.

— SUGESTÕES ACÊRCA DO CONTRÔLE HEMATOLÓGICO DOS HANSENIANOS TRATADOS PELAS SULFONAS. JOSÉ MARIANO. *Arq. mineir. leprol.*, 9:173 (jul.), 1949.

— ACÊRCA DO ISOLAMENTO DOMICILIAR NA LEPRA. JOSÉ STANCIOLI e ABRAÃO SALOMÃO. *Arq. mineir. leprol.*, 9:177 (jul.), 1949.

— SERVIÇOS OFICIAIS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL ÀS FAMÍLIAS DE HANSENIANOS INTERNADOS. ABRAÃO SALOMÃO. *Arq. mineir. leprol.*, 9:185 (jul.), 1949.

— ACROPAQUIDERMIA COM PAQUIPERIOSTOSE. LUIZ CAPRIGLIONE e EMÍLIO AMORIM. *Arq. de Clin.*, 9:1 (jul.), 1949.

— DO SÔRO-DIAGNÓSTICO DA LUES. HARVEY RIBEIRO DE SOUZA. *Rev. méd. da Aeronáutica*, 1:52 (set.), 1949.

— TRATAMENTO DE LESÕES DERMATOLÓGICAS PELO BLOQUEIO NOVOCAÍNICO DO SIMPÁTICO. GLYNE LEITE ROCHA. *Hospital*, Rio de Janeiro, 36:653 (nov.), 1949.

— FÍGADO — SÍFILIS E ARSENICAIS TERAPÊUTICOS. CARLOS OLIVEIRA BASTOS. *Rev. med. e cir. de São Paulo*, 9:477 (set.), 1949.

— CONTRIBUIÇÃO AO ESTUDO DA SÍFILIS CONGÊNITA PRECOCE. ARNALDO GODÓI. *Maternidade e Infância*, 7:251 (maio-jun.), 1949.

— A METOQUINA NO TRATAMENTO DO PÊNFIGO FOLIÁCEO. MÁRIO FONZARI. *Rev. paulista de med.*, 34:279 (maio), 1949.

— QUIMIOTERAPIA DA LEPRA: ESTUDOS QUÍMICOS, EXPERIMENTAIS E TERAPÊUTICO-CLÍNICOS. H. RHEINBOLDT, F. A. BERTI, C. PEREGO,

---

Nesta lista bibliográfica são incluídos os trabalhos sôbre dérmato-sifilografia e assuntos correlatos, elaborados no país ou fora dêle, porém publicados nos periódicos nacionais por nós recebidos.

B. H. Rieckmann, H. W. Rempa, A. C. Mauri, W. A. Hadler e L. de Souza Lima. *Rev. brasil. de leprol.*, 17:133 (set.), 1949.

— ESTUDO COMPARATIVO DAS INTRADERMO-REAÇÕES COM A LEPROMINA BACILAR COMUM E A CADAVERICA EM DOENTES DE LEPRA. Salomon Schujman. *Rev. brasil. de leprol.*, 17:135 (set.), 1949.

— CONCEITO ATUAL DE REAÇÃO LEPROTICA. Lauro de Souza Lima. *Rev. brasil. de leprol.*, 17:151 (set.), 1949.

— EVOLUÇAO DA LEPROSE. João de Aguiar Pupo. *Rev. brasil. de leprol.*, 17:157 (set.), 1949.

— A IMPORTANCIA DAS CAUSAS PREDISPONENTES NA EPIDEMIOLOGIA DA LEPRA. Luiz M. Bechelli. *Rev. brasil. de leprol.*, 17:175 (set.), 1949.

— ENSAIO DA RONGALITA NO TRATAMENTO DA LEPRA. Joaquim Oriente Arruda Genú e Silvano de Oliveira Lima. *Rev. brasil. de leprol.*, 17:187 (set.), 1949.

— A BOTA DE UNNA NO TRATAMENTO DAS ÚLCERAS LEPROTICAS. Joaquim Oriente Arruda Genú e Silvano de Oliveira e M. Santos. *Rev. brasil. de leprol.*, 17:191 (set.), 1949.

— ASPECTOS CLINICOS MAIS IMPORTANTES DA SARCOIDOSE DE BOECK. João Alves Meira. *An. paulista de med. e cir.*, 58:291 (out.), 1949.

— TRATAMENTO DA ACTINOMICOSE DO TIPO ENDOGENO, PELA PENICILINA. Luiz M. Bechelli e Carlos da Silva Lacaz. *Rev. paulista de med.*, 35:309 (set.), 1949.

— FUNDAMENTOS DA PROFILAXIA DA SIFILIS CONGENITA. Halley Marques. *Rev. med. Rio Grande do Sul*, 6:31 (set.-out.), 1949.

— TRATAMENTO DAS CICATRIZES RETRATEIS DAS MAOS. Antônio Duarte Cardoso. *Bol. Sanatório S. Lucas*, 11:2 (out.), 1949.

Análises

O LIQUIDO CÉFALO-RAQUEANO NA LINFOGRANULOMATOSE VENÉREA. E. PRADO, J. BATISTA DOS REIS e A. BEI. *Arq. neuro-psiquiat.*, 7:401 (dez.), 1949.

Grande número de autores considera a linfogranulomatose venérea como moléstia infecciosa produzida por virus, invadindo todo o organismo. Assim sendo, o sistema nevoso também seria atingido pelo processo. O exame do liquido céfalo-raqueano, nesses casos, poderia trazer uma contribuição valiosa; entretanto, os estudos feitos são deficientes. Procuramos fazer um estudo, conseguindo reunir 68 pacientes portadores dessa moléstia. Foram feitos exames do liquido céfalo-raqueano de doentes em tôdas as fases da moléstia. Assim, puncionamos 9 casos assintomáticos, 7 com câncro inicial 3 com bubões inguinais, 30 com proctite sem estreitamento, 8 com estreitamento e proctite, 4 com estreitamento, proctite e fistulas, 5 com estiomênio, 1 com estreitamento sem proctite e 1 com balanite. Todos êsses pacientes não apresentavam sintomatologia clinica meningoencefálica, ou apresentavam sintomas leves tais como irritabilidade e cefaléia ou outras algias.

O liquido céfalo-raqueano foi normal em 63 pacientes. Nos 5 casos restantes, encontramos pequenas alterações, a saber: hiperglicorráquia em 1 caso (0,98 % gr. por litro); hipercitose de 15 células por mm3 em 1 caso e de 7 células por mm3 em outro, ambos em pacientes luéticos; aumento da pressão inicial (27 cm. dágua) em paciente com perturbações cárdio-vasculares; hipercitose transitória, sem outra explicação aparente que não a linfogranulomatose venérea. Portanto, apenas em um caso (hipercitose transitória) as alterações liquóricas poderiam talvez ser atribuidas à linfogranulomatose venérea.

Assim, nossos estudos não confirmam os daqueles que verificaram grande frequência de alterações do liquido céfalo-raqueano nos portadores da moléstia de Nicolas-Favre.

Resumo do autor

LESÕES DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL NA DOENÇA DE LUTZ (BLASTOMICOSE BRASILEIRA). A. PENA DE AZEVEDO. *Hospital*, Rio de Janeiro, 36:465 (out.), 1949.

Em uma série de 11 casos de necrópsias de individuos mortos pela doença de Lutz (blastomicose brasileira), o autor encontrou 3 casos (27,18 %) em que, além do acometimento existente nos diferentes órgãos e tecidos, existiam também lesões extensas e graves no sistema nervoso central (cérebro, cerebelo, protuberância e meninges). As referências sôbre a localização das lesões da blastomicose brasileira no sistema nervoso central têm

sido muito raras e acreditamos mesmo não existirem, até agora, outros casos conhecidos em que as lesões chegassem a comprometer a própria substância nervosa, além dos que aqui apresentamos. As nossas observações baseiam-se em casos de necrópsias realizadas nos anos de 1928, 1930 e 1931. Nesta série, a incidência das lesões foi de 81,8 % no pulmão e de 18,1 % nos intestinos.

Em dois casos, as lesões eram representadas por nódulos, às vêzes volumosos, até o tamanho de uma avelã, na espessura do cérebro, do cerebelo e da protuberância. O exame histológico demonstrou a lesão inflamatória característica, com a formação de granulomas e presença de parasitos em abundância, não só no interior das células gigantes, como também difusamente. Muitas vêzes, o parasito estava representado sòmente pela sua cápsula, de modo a conferir ao tecido o aspecto vacuolizado ou em forma de crivo. Em um caso, as lesões comprometiam apenas as meninges, em seguida a comprometimento extenso do couro cabeludo, e a ossos do crânio e vértebra lombar. Também nesse caso, a presença do parasito foi fàcilmente verificada.

Fato curioso foi o das lesões nervosas não trazerem perturbações apreciáveis de ordem funcional, de modo a não se poder, clinicamente, estabelecer a localização da lesão nervosa.

O parasito isolado em todos os três casos foi sempre o *Lutziomyces histoporocellularis* ou *Paracoccidioides brasiliensis*.

Resumo do autor

HISTOGÊNESE E PARASITOLOGIA DO GANGLIO PORADÊNICO (HISTOGENÈSE ET PARASITOLOGIE DO GANGLION PORADÉNIQUE. M. FAVRE. *Ann. de dermat. et syph.* 9:249 (maio-jun.), 1949.

O autor, depois de um estudo pormenorizado da histopatologia da lesão ganglionar poradênica, conclui da seguinte forma: a lesão poradênica, sediada no gânglio ou na atmosfera periganglionar intensamente inflamada, tem como substrato anatômico uma pequena coleção de polimorfo-nucleares neutrófilos e de células conjuntivas livres. Êste *micro-abcesso* nú aumenta pouco a pouco. Em tôrno do mesmo edifica-se posteriormente uma túnica limitante constituida por células epitelióides a qual constituirá um periodo mais avançado do abcesso. A degeneração celular, iniciada na fase de abcesso nú, acentua-se então. Esta transformação não se detem senão quando tôda a massa do centro do abcesso é transformado em substância homogênea desprovida de afinidades tintoriais.

Após essa revisão histológica, o autor estuda a técnica de evidenciação do virus poradênico por meio da impregnação pela prata, processo que ao seu ver é dos mais precisos.

D. PERYASSÚ.

NOVA CONTRIBUIÇAO AO ESTUDO DA ETIOLOGIA DO ERITEMATODES (LUPUS ERITEMATOSO) (ULTERIORE CONTRIBUTO ALLO STUDIO DELLA ETIOLOGIA DEL LUPUS ERITEMATOSO). A. BERGAMASCO. *Arch. ital. dermat., sif.*, 27:69, 1949.

O autor retoma o curso de suas experiências, inoculando membrana cório-alantóide de embrião de galinha, obtendo inoculações positivas principalmente em casos novos de eritematodes e sobretudo ainda não tratados. Como material infectante, o autor utiliza sangue venoso. Prepara antigeno específico com material obtido dessas inoculações em membrana cório-alantóide e consegue 80 % de resultados positivos sem reações de desvio do com-

plemento em um grupo de 35 doentes estudados. Empregando êsse mesmo antígeno como agente terapêutico em infiltrações sub-lesionais, obtem melhoria das lesões em 31 casos estudados e cura clínica em 6 doentes, num grupo de 39 pacientes, havendo notado resultados negativos apenas em dois casos. Conclui o autor ser o eritematodes uma virose e sua terapêutica a vacinoterapia específica.

D. PRYTASSC.

SÔBRE UM CASO SINGULAR DE MOLUSCO CONTAGIOSO GIGANTE NUM MAMELAO DE UM HOMEM (SOFRA UN CASO SINGOLARE DI MOLLUSTO CONTAGIOSO GIGANTE IN UN CAPEZZOLO DI UN NOMO). A. V. FERRARI. *Dermosifilografo*, 24:445 (nov.), 1949.

E' descrito um caso singular de molusco contagioso gigante localizado no mamelão de um homem, com sinais de mastopatia revelados pelo exame histológico.

O desenvolvimento considerável do mamelão e a ausência de umbelicação central faziam pensar em uma ginecomastia inicial ou numa neoformação tumoral.

Resumo do autor

A AUREOMICINA E SUA AÇAO NAS FASES RECENTES DA SIFILIS (AUREOMYCIN AND ITS EFFECT IN EARLY STAGES OF SYPHILIS). JACK RODRIGUES, F. PLOTKE, S. WEINSTEIN e W. H. HARRIS. *J. A. M. A.*, 141:771 (12-nov.), 1949.

Vinte e sete pacientes com sífilis recente foram tratados com a aureomicina: 21 casos eram de sífilis secundária, 3 de sífilis primária sôro-positiva e 3 de sífilis primária sôro-negativa.

A aureomicina foi administrada por via oral, numa dose inicial de 2 gr., repetida 4 horas depois, e daí por diante 1 gr. de 4/4 horas, até um total de 70 gr., dadas num período ultrapassando um pouco de 11 dias.

Em 16 pacientes foi estudada a ação da aureomicina sôbre o desaparecimento dos treponemas das lesões (contrôle pelo exame em campo escuro), o que se deu no prazo mínimo de 17 horas e no máximo de 65 horas, sendo o prazo médio de 39 horas.

Tôdas as lesões cicatrizaram por completo com a aureomicina, porém algo mais lentamente do que com os arsenicais tri-valentes ou a penicilina aquosa, por via intra-muscular.

Foi realizado, em 18 casos, o contrôle sorológico, após o tratamento durante 18 semanas, tornando-se evidente uma tendência à negativação das reações sorológicas.

Em 4 dos 27 doentes, observou-se uma reação de Herxheimer febril, sem manifestações cutâneas.

A aureomicina ofereceu, portanto, resultados iniciais satisfatórios, no tratamento da sífilis recente.

A. PADILHA GONÇALVES

A AUREOMICINA NO GRANULOMA VENÉREO (AUREOMYCIN IN GRANULOMA INGUINALE). L. M. HILL, L. T. WRIGHT, A. PRIGOT e M. A. LOGAN. *J. A. M. A.*, 141:1.047 (10-dez.), 1949.

São relatados os resultados do contrôle de 3 casos de granuloma venéreo anteriormente tratados com a aureomicina e os resultados recentes de mais 9 casos submetidos à mesma terapêutica.

Nos 3 primeiros casos examinados, respectivamente 5, 6 e 6 meses após o tratamento, as lesões mantiveram-se cicatrizadas.

Nos outros 9 casos, os resultados recentes foram invariàvelmente satisfatórios, independentemente da via de administração da aureomicina (oral, intra-muscular e intra-venosa). Entretanto, os autores manifestam a impressão de que com a via intra-venosa as lesões cicatrizam mais ràpidamente.

As doses diárias e o número de dias de tratamento variaram de um caso para outro e são apresentadas num quadro que acompanha o trabalho.

A. PADILHA GONÇALVES

TRATAMENTO DO HERPES ZOSTER COM AUREOMICINA (TREATMENT OF HERPES ZOSTER WITH AUREOYCIN). M. L. BINDER e L. E. STUBBS. *J. A. M. A.*, 141:1.060 (10-dez.), 1949.

Os AA. relatam 4 casos de herpes zoster, a 3 dos quais administraram aureomicina, na dose de 500 mgr., de 6/6 horas, durante 2 dias, e a um dêles (criança) foi dada metade da dose. Os resultados foram excelentes em 3 casos, nos quais a dor cedeu em 24 horas. No caso restante, embora não tanto quanto nos outros, houve também redução da dor 24 horas após o início do tratamento.

A. PADILHA GONÇALVES

LINFOGRANULOMATOSE VENÉREA ANO-RETO-GENITAL E GRANULOMA VENÉREO TRATADOS COM AUREOMICINA. (ANORETOGENITAL LYMPHOGRANULOMA VENEREUM AND GRANULOMA INGUINALE TREATED WITH AUREOMYCIN). A. PRICOT, L. WRIGHT, M. LOGAN e F. DE LUCA. *New York State J. Med.* 49:1911 (15-ag.), 1949.

Os autores apresentam o relato dos estudos realizados em 49 casos de linfogranulomatose venérea, tanto na forma bubônica quanto na forma ano-reto-genital, tratados pela aureomicina. Declaram textualmente que nunca obtiveram resultados iguais aos conseguidos com o uso dêsse antibiótico.

Administraram o referido medicamento tanto por via oral, como venosa, ou associadamente. Quando fizeram o emprêgo do antibiótico por via oral, administraram-no na dose de 250 mg, três vêzes ao dia, e, quando por via venosa, na dose de 200 a 500 mg., duas vêzes ao dia, veiculado em sôro glicosado. O tempo de tratamento variou em duração de 7 a 22 dias e a tolerância foi sempre boa. Dêsse grupo de 49 doentes, 4 eram da forma clássica da síndrome de Jersild (ano-reto-genital), que responderam satisfatòriamente ao tratamento, pois os sofrimentos causados pela síndrome vieram a melhorar; entretanto, os AA. são de opinião que o emprêgo dêsse antibiótico no tratamento da síndrome de Jersild deve ser apenas preparatório da cirurgia a ser empregada.

Os autores utilizaram a aureomicina também no tratamento de casos de granuloma venéreo. O total de casos observados eleva-se a 13. Referem que os resultados são superiores aos da estreptomicina, antibiótico que representa notável avanço na terapêutica dessa doença.

Concluem que a aureomicina é o medicamento de escolha dessas duas doenças.

D. PERYASSÚ.

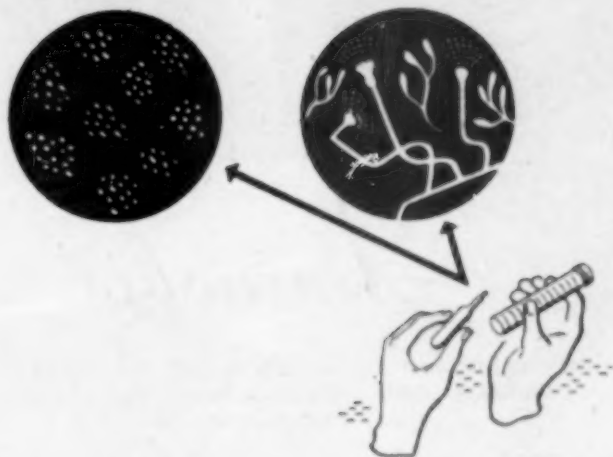
MANIFESTAÇÕES ARTICULARES DA LINFOGRANULOMATOSE VENÉREA (ARTICULAR MANIFESTATIONS OF LYMPHOGRANULOMA VENEREUM). W. Laux. *Urol. & Cutan. Rev.*, 53:543 (set.), 1949.

O autor apresenta o relato de um caso de linfogranulomatose venérea acompanhada em sua fase aguda de um processo reumatóide do quadril, que em tudo se assemelhava a lesão provocada pela blenorragia.

Considerando, entretanto, o estado geral do paciente, bem como a linfocitose persistente e bem assim a viragem da sorologia e a hiperglobulinemia, o autor admite tratar-se indubitàvelmente de mais um caso de manifestação articular provocada pela linfogranulamotose venérea.

O autor recorda observações anteriormente publicadas em que essas manifestações articulares estavam presentes e finalmente conclui que em face de casos similares é preferível atribuir sempre à etiologia linfogranulomatosa êsses fenômenos artrálgicos e reumatóides.

Na revisão bibliográfica, assinala o autor o fato de que, se bem que rara, esta possibilidade não é de todo infrequente.

D. Peryassú.

RHODIAMIDA

Antibacteriano e fungicida

Polivalente por excelência, de minima toxicidade, muito maneável, a RHODIAMIDA amplia a capacidade de aplicações da sulfamidoterapia na clínica geral, em cirurgia e nas especializações médico-cirúrgicas.

— A marca de confiança —

RB4-44B-PANAM

SOROS:

Anti-diftérico — Anti-tetânico — Anti-disentérico — Anti-estreptocócico — Anti-meningocócico — Renal — Caprino, etc.

VACINAS:

Estafilocócica — Estreptocócica — c/a Coqueluche — Tífica — Gonocócica mixta — Pneumocócica — Pestosa — Meningocócica, etc.

STOPYL:

Vacinoterapia local da furunculose, acné, piodermites, etc.

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, de propriedade e órgão oficial da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifilografia, são editados trimestralmente, constituindo, os quatro números anuais, um volume.

Consta da matéria de sua publicação o Boletim da Sociedade Brasileira de Dermatologia e Sifiliografia, contendo o resumo das reuniões realizadas no Rio de Janeiro e nas secções estaduais, da Sociedade.

Sua assinatura anual importa em Cr$ 120,00, para o Brasil, e Cr$ 160,00, para o exterior, incluindo porte. O preço do número avulso é de Cr$ 35,00, na época, e de Cr$ 40,00, quando atrasado.

Tôda a correspondência, concernente tanto a publicações como a assinaturas, pagamentos, etc., deverá ser endereçadá ao encarregado geral, Sr. [illegible] GOMES, por intermédio da caixa postal [illegible], Rio de Janeiro (telefone: 22-1347).

Os trabalhos entregues para publicação passam à propriedade única dos ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA, que se reservam o direito de julgá-los, aceitando-os ou não, e de sugerir modificações aos seus autores. Os que não forem aceitos serão devolvidos, voltando, consequentemente, à propriedade plena dos seus autores. Esses trabalhos deverão ser datilografados, em espaço duplo, trazendo no fim a assinatura e o endereço dos autores. As indicações bibliográficas serão anotadas no texto com um número correspondente ao da lista bibliográfica, que virá numerada por ordem de citação e em fôlha à parte, no final do trabalho. Nas indicações bibliográficas deverão ser adotadas as normas do "Quarterly Cummulative Index Medicus", isto é: sobrenome do autor, inicial do nome do autor, título do artigo, nome abreviado do periódico, volume do mesmo, página, mês, ou dia e mês, se o periódico for semanal, e ano. A citação de livros será feita na seguinte ordem: autor, título, edição, local da publicação, editor, ano, volume e página. Os trabalhos deverão conter, sempre, um resumo dos mesmos.

As ilustrações que acompanharem os artigos não acarretarão ônus para os autores quando não ultrapassarem número razoável; as excedentes bem como as que forem coloridas, correrão por conta dos autores, que serão consultados a respeito. As ilustrações deverão ser numeradas, por ordem, e marcadas no verso com o nome dos autores e o título do trabalho.

Os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA não serão responsáveis nem solidários com os conceitos ou opiniões emitidos nos trabalhos nêles publicados.

A abreviação bibliográfica adotada para os ANAIS BRASILEIROS DE DERMATOLOGIA E SIFILOGRAFIA é: *An. brasil. de dermat. e sif.*

SUMÁRIO

VOL. 25 (1950) — N. 1 (Março)

ARTIGOS ORIGINAIS:

NOTA CLINICA:

Jornal do Commercio - Rodrigues & C. - Av. Rio Branco, 117 - Rio de Janeiro - 1950